PROJET D'ETABLISSEMENT

EHPAD-REFUGE PROTESTANT MAZAMET
2009-2014

SOMMAIRE

1-PREAMBULE ……3

2-PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT……5
- 2-1 Le contexte historique……6
- 2-2 La situation géographique de l'établissement……7
- 2-3 Mouvements annuels des résidents ……8
- 2-4 Caractéristiques de la population hébergée ……8

3 L'ETABLISSEMENT DANS SON FONCTIONNEMENT ……12
- 3-1 Les moyens humains……. ……13
- 3-2 Les prestations hôtelières …… ……27
- 3-3 CPOM 2007-2011 ……15

4 LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES ……34

5 MANAGEMENT DE LA QUALITE……35

6 AUTO-EVALUATION……42

7 LE PROJET DE VIE……48
- 7-1 L'accueil……. ……50
- 7-2 La vie quotidienne…….. …… ……51
- 7-3 Projets de vie individualisés ……55

8 LE PROJET DE SOINS ……57
- 8-1 L'accès des résidents aux soins ……. ……60
- 8-2 La formation initiale et continue……. ……61
- 8-3 La prévention …….. …… ……62
- 8-4 La stimulation des résidents ……67
- 8-5 Les projets de soins personnalisés……. ……69
- 8-6 L'accompagnement en fin de vie……. …… …70
- 8-7 La prise en charge des personnes âgées atteintes de démence……70

9 LE PROJET D'ANIMATION……72
- 9-1 L'encadrement des animations ……. ……73
- 9-2 La programmation des animations …….. ……73
- 9-3 L'évaluation des animations ……74
- 9-4 La communication des animations……. ……76
- 9-5 Le budget des animations …….. …… …76
- 9-6 Les animations à visées sociales ……76
- 9-7 Les activités en rapport avec l'estime de soi ……. ……76
- 9-8 Les activités à visées thérapeutiques……76

10 LE PROJET SOCIAL…….78
10-1 Les responsabilités des différents acteurs ..……. ……79
10-2 La gestion administrative des professionnels …….…….. ……80
10-3 Le recrutement de l'ensemble des professionnels ……..…..81
10-4 L'accueil et l'intégration des professionnels……. …….82
10-5 L'évaluation des professionnels…….. …… …83
10-6 La formation continue ……. ……...83
10-7 L'amélioration des conditions de travail…… ……. ……84
10-8 Le dialogue social est organisé……...84

11 CONCLUSION ……86

1- PREAMBULE

Le projet d'établissement est élaboré par l'équipe et a pour but de définir des objectifs précis ainsi que des choix stratégiques pour répondre aux mieux aux attentes des personnes âgées accueillies.

Si le projet se concrétise par un écrit à usage interne ou externe, c'est avant tout une réflexion collective d'une équipe.

L'élaboration du projet d'établissement est propre à chaque établissement et doit refléter l'identité de celui ci.

Notre projet va donc comporter quelques spécificités. Il faudra malgré tout rester « modeste » et pouvoir adapter notre réflexion à la vie de tous les jours.

2- PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

Niché au pied de la Montagne Noire, dans un environnement calme et agréable, le Refuge Protestant de Mazamet se situe au centre de l'agglomération, à deux pas de la mairie et du marché et à proximité de parkings gratuits.

L'Etablissement, reconnu d'utilité publique, très respectueux de la charte des droits et libertés des personnes accueillies, s'ouvre sur un vaste jardin fleuri et offre, dans un esprit total de tolérance, sans distinction de croyances, un service de Soins de Suite et de Réadaptation de 23 lits, une Maison de Retraite médicalisée de 55 chambres individuelles et deux unités de vie de 14 appartements.

Avec sa Maison de Retraite conventionnée et médicalisée, ses deux Résidences pour Personnes Agées et sa Clinique de Soins de Suite et de Réadaptation, accréditée « Qualité » par la Haute Autorité de Santé, le Refuge Protestant de Mazamet constitue ce que l'on pourrait appeler « un pôle de compétence au service de la personne âgée ».

2-1/ Le contexte historique

Le Refuge Protestant a été fondé en janvier 1850 à l'initiative de la communauté protestante et d'un groupe d'industriels de la ville au nombre desquels figure au premier chef Pierre-Elie Houlès, alors Maire de Mazamet, à qui l'on doit également la création de la première Société de Secours mutuel et la prospérité de l'industrie textile régionale.
Prévu initialement, pour accueillir, selon la formule de l'époque, « des vieillards, honnêtes et abandonnés, des deux sexes », il devait rapidement passer du stade de l'hôpital à celui de Maison de Retraite.

L'Association à but non lucratif, reconnue d'utilité publique en 1907 par Georges Clémenceau, n'a cessé de se développer pour accueillir 55 pensionnaires, et en héberger 15 autres dans deux Résidences pour Personnes Agées (en 1977 : rue saint-jacques et en 1985 : Rec des Auriols).
En 1953, le transfert en clinique ou en hôpital des pensionnaires devenus malades ou impotents constituant un double déracinement -après avoir quitté leur foyer familial, ils perdaient leur foyer d'adoption- l'idée de la construction d'une petite polyclinique médico-chirurgicale de 30 lits a été alors retenue et réalisée.

Pendant près de cinquante ans, cette clinique devait jouer un rôle important dans notre cité jusqu'à ce qu'en 1998 le schéma d'organisation sanitaire préconise pour le Refuge, du fait de sa trop petite taille et de la faiblesse de son plateau technique, une transformation de l'activité en clinique de Soins de Suite et de Réadaptation.
En 1999, la clinique s'oriente donc, vers la prise en charge de proximité des personnes âgées originaires de Mazamet et de ses environs, au sortir d'une hospitalisation dans les services de chirurgie et de médecine publique ou privée et vers l'accueil des personnes en fin de vie.

Conventionnée par l'Etat et le département, la Maison de Retraite est devenue médicalisée en 2004 et la clinique de Soins de Suite et de Réadaptation a reçu son accréditation en 2005 par la Haute Autorité de Santé.

Le travail et le dévouement des uns et la générosité des autres dont l'association reconnue d'utilité publique continue de bénéficier, sont autant d'éléments qui permettent au **REFUGE PROTESTANT DE MAZAMET de « SERVIR »… DEPUIS PLUS DE 150 ans.**

2-2/ La situation géographique de l'Etablissement.

Située au Sud-Est du Département du Tarn et à 18 kilomètres de CASTRES, 60 Km d'ALBI et 85 Km de TOULOUSE, la Maison de Retraite du Refuge Protestant se situe dans Mazamet commune et chef lieu de canton, peuplé de 10.544 habitants.

De par sa localisation, l'établissement bénéficie de plusieurs atouts.

⇒ Tout d'abord, l'institution se situe en plein centre de la commune à deux pas de la Mairie dans une zone calme. Ce point est particulièrement important au regard de la nécessité, soulignée par de nombreux spécialistes en gérontologie, de permettre aux personnes âgées de demeurer présentes dans la vie sociale de la commune.

⇒ Cette localisation favorise également, lorsqu'elles sont possibles, les sorties et les déplacements des personnes âgées ainsi que les visites des familles et des proches.

⇒ De même, l'établissement est mitoyen de commerces (une boulangerie, poissonnerie, épicerie, une pharmacie, un café…), du Temple, et de la Mairie et cette proximité participe au maintien du lien social avec l'activité antérieure des personnes.

⇒ La structure, facile d'accès (la signalétique urbaine s'avérant toutefois insuffisante), offre en outre la possibilité de stationnement grâce à un parking dans son enceinte même et d'un parking public gratuit à moins de 100 mètres de la Maison de Retraite.

⇒ De plus, l'établissement jouit d'un environnement « mazamétain » auquel sont tout particulièrement attachées les personnes âgées essentiellement originaires de la commune, du canton et cantons limitrophes.

⇒ Enfin, on compte dans la commune plus de 35% de personnes âgées de 60 ans, et plus de 16% de personnes de plus de 75 ans, justifiant le maintient de la capacité de l'EHPAD Refuge Protestant.

2-3/ Mouvements annuels des résidents.

Année	Nombre d'entrée	Même canton	Autre canton du département	Hors département	Nombre de décès
2006	6	6	-	-	4 (7.27%)
2007	12	11	-	1	13 (23.64%)
2008	15	14	-	1	9 (16.98%)

- Le recrutement des résidents s'effectue à proximité de leur domicile (environ 93% proviennent du même canton) et seulement dans environ 7% vivent hors du département.

- Les flux d'entrées et de sorties sont cohérents avec la philosophie et l'éthique de la structure, à savoir l'accompagnement jusqu'au terme de la vie.
La population accueillie au sein de la Maison de Retraite demande **le plus souvent une prise en charge d'accompagnement jusqu'en fin de vie, en raison notamment d'un maintien à domicile de plus en plus tardif et d'une perte d'autonomie conséquente**.
Dans certains cas, il peut s'agir d'une entrée suite à une hospitalisation transitoire, d'un transfert d'une autre structure…

Dans 97% des EHPAD du Tarn, les entrants présentent de plus en plus des états de santé précaires avec des polypathologies et plus de troubles cognitifs.
Le motif le plus fréquent de non-admission est la présence de gros troubles psychocomportementaux (déments déambulants) interdisant d'accueillir ces personnes en toute sécurité (absence de secteurs fermés).

2-4/Caractéristiques de la population hébergée :

Différentes caractéristiques des résidents accueillis au sein de la structure peuvent être dressées (données statistiques sur les années 2006, 2007 et 2008) :

2-4-1/ Sexe et âge:

➢ **L'évolution entre 2006 et 2008 :**

Nombre de résidents	NOMBRE TOTAL	HOMME	FEMME
Année 2006	55	15	40
Année 2007	55	12	43
Année 2008	53	10	43

	Année 2006	Année 2007	Année 2008
Résidents de moins de 60 ans	0%	0%	0%
Résidents de 90 ans et plus	58%	47.28%	39.62%
Résidents de 100 ans et plus		7.28%	7.54%
MOYENNE D'AGE	90 ans	90.6 ans	89.6 ans

On peut remarquer que plus de 7 résidents sur 10 sont des femmes, ce qui est constaté dans les autres EHPAD du département.

En 2008, selon l'Observatoire Régional de la Santé de Midi-Pyrénées, l'âge moyen des entrants, dans la moitié des EHPAD du Tarn, est supérieur à 83.8 ans et il dépasse 86 ans dans un EHPAD sur 4.
L'âge moyen des résidents dans les EHPAD est supérieur à 85 ans et plus d'une personne sur 4 a plus de 90 ans.

2-4-2/ La perte d'autonomie :

➢ L'évolution entre 2006 et 2008 :

Les personnes prises en charge dans le cadre de la Maison de Retraite, présentent aussi bien des pathologies communes que des pathologies graves, évolutives et instables de nature physique et/ou psychique souvent associées à une dépendance importante.

En outre, **l'évolution croissante du niveau de dépendance constatée depuis quelques années tend à se confirmer avec, à l'heure actuelle, une très forte majorité de résident nécessitant une aide aux actes de la vie courante** (toilette, prise des repas, déplacements…).

Cette réalité est aisément constatée dans 97% des EHPAD du département du Tarn.

Le niveau d'autonomie des personnes âgées est évalué à l'aide du modèle AGGIR. Le tableau ci-dessous présente le classement des résidents en groupes iso-ressources depuis 2006 :

Année	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	GMP
2006	0%	14.55%	16.36%	32.73%	25.45%	10.91%	**442**
2007	5.45%	23.64%	18.18%	23.64%	23.64%	5.45%	**535**
2008	3.77%	37.74%	16.98%	15.09%	20.75%	5.66%	**605**

Le niveau moyen de dépendance des résidents caractérisant la charge en soins de base est résumé par le GIR Moyen Pondéré (GMP).

Le GMP a évolué depuis la signature de la Convention Tripartite en octobre 2009 où il était de 390
Le niveau de dépendance des personnes hébergées a enregistrée une nette augmentation en trois ans, confirmée par l'orientation à la hausse du GMP (le GIR moyen pondéré) entre 2006 et 2008.

➢ Pour l'année 2009 :

Année	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	GMP
2009	7.41%	29.83%	16.67%	27.78%	14.81%	3.70%	**589**

- en 2009, 82% environ nécessitent une aide permanente pour les actes essentiels de la vie quotidienne (GIR de 1 à 4) au lieu d'environ 50% en 2003.
- Et environ 37% des résidents sont très dépendants (GIR 1 et 2), ils ne représentaient que 20% en 2003.

2-4-3/Les populations particulières :

Les variables discriminantes du modèle AGGIR évaluent l'autonomie corporelle, physique et mentale. Le croisement de certaines de ces variables permet de définir des groupes de populations dites « particulières » imposant une prise en charge souvent lourde ou difficile (soins, surveillance), un même résident pouvant se retrouver dans plusieurs populations particulières.

➢ L'évolution entre 2006 et 2008 :

	déments	errants	fugueurs
Année 2006	**9%**	**4%**	**2%**
Année 2007	**29.10%**	**10.91%**	**3.64%**
Année 2008	**43.64%**	**5.45%**	**5.45%**

On peut remarquer la fréquence plus importante des troubles cognitifs et des démences.

➢ Pour l'année 2009 :

	Résidents susceptibles d'être déments	Résidents susceptibles d'être déambulants	Résidents susceptibles d'être fugueurs
Année 2009	**53.70%**	**48.15%**	**31.48%**

- Plus de 50% de la population accueillie est susceptible d'être démente (troubles de la cohérence et de l'orientation)

- 48% ont des problèmes d'orientation sans troubles de la mobilité et sont donc susceptibles d'être « errants » ou « errants déambulants »

- Environ 32% des résidents peuvent être considérés comme potentiellement « fugueurs » (troubles de l'orientation et déplacements à l'extérieur possibles).

2-4-4/ Les besoins en soins :

En corollaire du modèle AGGIR, le modèle PATHOS évalue les niveaux de soins nécessaires à la prise en charge de la polypathologie des personnes âgées, qu'elles soient en établissement ou à domicile.
Le PMP (PATHOS Moyen Pondéré) est un indicateur global de charge en soins pour la prise en charge des polypathologies dans une population donnée.

Pour l'année 2009, l'établissement a un PATHOS Moyen Pondéré (PMP) de 274.
L'Observatoire Régional de la Santé de Midi-Pyrénées enregistre de fortes variations selon les établissements. Sa valeur médiane s'élève à 152 ; il varie de 79 à 274 dans les EHPAD où il est le plus élevé (PMP validé dans 29 établissements du Tarn).

La majorité des EHPAD constate une aggravation de la dépendance et un décalage vers les GIR élevés entraînant une charge en soins plus élevée et des besoins d'accompagnement accrus.

Notre rôle sera donc de prendre en charge de plus en plus la dépendance ce qui va influencer nos objectifs ainsi que nos choix stratégiques.

3- L’ETABLISSEMENT DANS SON FONCTIONNEMENT

3.1- LES MOYENS HUMAINS

3-1-1/ Des compétences spécifiques à l'homogénéité des pratiques :

➢ **Les Salariés :**

(Effectif année 2008)

	Effectif Etablissement	Répartition	Répartition	Répartition
	EN ETP	ETP DEPENDANCE	ETP SOINS	ETP HEBERGEMENT
Equipe de Direction	0.50	-	-	0.50
Secrétariat/qualité/ Administ.ration	1	-	-	1
Comptabilité	0.50	-	-	0.50
Cuisine	3.50	-	-	3.50
Lingerie / blanchisserie	0.50	0.15	-	0.35
Service Technique	1	-	-	1
Médecin Coordonnateur	020	-	0.20	-
Infirmières	2.50	-	2.50	-
Aide soignante	5.80	1.74	4.06	-
Animation (AMP)	1		-	1
ASH jour	6.75	2.03	-	4.72
ASH nuit	2.26	0.68	-	1.58
Psychologue	0.20	0.20	-	
TOTAL	25.71	4.80	6.76	14.15

➢ **Les vacataires :**

- ***Une diététicienne : une vacation de 3 heures par semaine***
- ***Une ergothérapeute : une vacation de 3 heures pour l'animation et 1 heure pour visite individuelle des résidents.***

Remarque :

➢ ***Il existe une mutualisation de la pharmacie à usage intérieur entre le SSR et l'EHPAD. La pharmacienne assure donc la délivrance des médicaments aux patients hospitalisés au SSR et aux résidents en EHPAD.***

➢ ***pour l'agrément des résidents, l'entretien du parc est assuré par un ouvrier « espace vert » qui participe ponctuellement à l'animation sur le jardinage*** .

3-1-2/ La composition des équipes.

1-Le service administratif.

Ce service compte actuellement 2 ETP et s'articule autour de l'organisation décrite ci-dessous.

1.1 La direction.

Conformément à l'article 12 des statuts, le Directeur nommé par le Conseil d'Administration a pour mission :

- d'assurer le fonctionnement régulier de l'assemblée par rapport à ses statuts,
- de gérer le patrimoine de l'association selon les directives du conseil d'administration,
- de procéder aux démarches nécessitées par l'acceptation des dons et legs,
- de faire exécuter les travaux décidés par le Conseil d'Administration, d'examiner les devis, passer les marchés, contrôler leur exécution, d'assister le Président du Conseil d'Administration pour la réception des travaux,
- de veiller au bon fonctionnement des services d'économat et de secrétariat,
- de nommer par délégation du Conseil d'Administration tous les personnels administratifs et hospitaliers (à l'exception du Secrétariat Général)
- d'assister ou de remplacer le Président dans les relations de l'association avec les autorités de tutelle ou de contrôle,
- d'effectuer le recouvrement des recettes et le règlement des dépenses par délégation,
- de veiller au bon fonctionnement du service médical sans s'immiscer dans l'exercice de fonction du médecin responsable des soins de suite et de réadaptation,
- de faire toute suggestion utile en vue de trouver les innovations ou améliorations nécessaires au bon fonctionnement de l'association et au développement du but poursuivi.

Le Directeur est assisté d'un cadre de santé, nommé par le Conseil d'Administration, qui le remplace en cas d'absence.

Le Directeur assure la direction de la Maison de Retraite. Outre la responsabilité de la **bonne marche de l'établissement, des relations avec les différents partenaires** *(financeurs, organismes financiers, établissements et services sanitaires, médico-sociaux, sociaux, fournisseurs,…)* et de ses fonctions de **management de l'ensemble du personnel,** le directeur assure **la gestion administrative, comptable et financière** de la structure. Au-delà de son rôle de **gestionnaire** (*validation des plannings du personnel, organisation du recrutement du personnel, gestion de la carrière des salariés, suivi de la comptabilité, suivis budgétaires, gestion logistique et matériels, participation aux réunions instituées dans l'établissement, gestion des dossiers des résidents, courriers…)***,** le directeur **autorise les entrées des résidents suivant les décisions de la Commission d'Admission**.
Enfin, la Direction **accueillera des stagiaires en formation et participera à différentes actions de formation**.

1.2 Chef de Bureau (Secrétaire Générale)

Elle a pour principales missions **:**

- ⇒ **Accueil des résidents, familles, visiteurs, intervenants externes**.
- ⇒ **Gestion administrative :** suivi des dossiers administratifs des résidents (APA, APL,…), courriers divers des résidents, règlements des intervenants, facturation.
- ⇒ **Secrétariat de l'Association :** participe à la préparation des réunions du Conseil d'Administration, du Bureau et de l'Assemblée Générale, gestion des dons et cotisations.
- ⇒ **Gestion du Conseil de Vie Sociale.**
- ⇒ **Gestion des stocks des fournitures bureautiques**
- ⇒ **Organisation des animations à visée sociale et du Journal interne « Les Echos du Refuge ».**

1.3 Comptable.

Elle a pour principales missions :

- ⇒ **Gestion comptable :** traitement et suivi des factures vérifiées, saisie informatique des opérations comptables et générales.
- ⇒ **Dresser une situation comptable tous les 4 mois**
- ⇒ **Amortissements des immobilisations :** tableaux d'amortissements, dotations.
- ⇒ **Réaliser des Etats de Rapprochements bancaires.**
- ⇒ **Dresser le Bilan en fin d'année, Compte Administratif.**
- ⇒ **Assure la répartition des comptabilités par secteur (dépendance, hébergement, forfait soins°**
- ⇒ **Elabore avec le Directeur les budgets prévisionnels**
- ⇒ **Réaliser le suivi de l'aide Sociale.**
- ⇒ **Assurer le traitement de la paye :** la comptable établit les déclarations d'embauche auprès de l'URSSAF, de la médecine du travail, rédige les contrats de travail, réalise les déclarations obligatoires en matière de charges sociales et fiscales, de caisse de prévoyance, d'accidents de travail, de déclaration de maladie, traitement de la paye

La comptabilité est supervisée par un Commissaire aux Comptes.

1.4 Qualiticienne

Elle a pour principales missions :

- ⇒ **D'accompagner l'établissement dans la mise en place, le suivi et l'animation de la démarche qualité selon les référentiels en vigueur**
- ⇒ **D'accompagner et d'animer la démarche d'évaluation des pratiques professionnelles au sein de l'établissement**
- ⇒ **De mettre en place le système documentaire et en assurer sa mise à jour**
- ⇒ **De diffuser, dans les services concernés, la documentation transmise par la direction** (revues, décrets, note de la DDASS …) puis archivage au service qualité

⇒ **D'animer des groupes de travail et d'auto-évaluation**

⇒ **D'organiser des enquêtes de satisfaction**

⇒ **De suivre les indicateurs qualité :**

- Définition des indicateurs et tableaux de bord à mettre en place
- Suivi et analyse

⇒ **Développer, mettre en œuvre et gérer le programme de Gestion des risques :** Suivi des fiches de signalements d'incident, bilans périodiques et bilan annuel en collaboration avec le COVIRIS, le Comité de Pilotage et le CHSCT.

2- Le service animation.

➢ **Une AMP (Aide Médico-Psychologique), animatrice diplômée,** actuellement en poste à 1/3 temps sur l'animation proprement dite.
Elle s'occupe essentiellement de certaines activités à visées sociales et en rapport avec l'estime de soi.

➢ **Une ergothérapeute** animera à partir du mois de juin 2009, chaque semaine, deux ateliers à visée thérapeutique :

- « FONCTIONS SUPERIEURES » :

Le but de cette animation étant de travailler la compréhension, l'écriture et la mémoire. Elle permet une revalorisation personnelle, une reprise de confiance, une amélioration des communications avec les autres résidents

- « CONVERSATION »

Le 1er but de cette animation est de travailler la mémoire épisodique de la personne âgée, mémoire des faits anciens de sa vie.
Ce travail thérapeutique de mémoire est aussi l'occasion d'un important vécu en groupe : les personnes y communiquent. Le rappel des souvenirs est l'occasion de développer la sociabilité de la personne. Ce moment de rencontre devient un point de repère dans la vie.

3- Le service de soins.

3.1 Le médecin coordonnateur.

Prévu par les textes réglementaires en vigueur, cette fonction est assurée par un **médecin libéral qui a suivi une formation à cet effet**. Cette personne réalise ainsi deux vacations de trois heures et demie par semaine afin de mener à bien ses différentes missions.

Le médecin libéral a contribué au Pilotage de l'élaboration du présent projet et, comme le nom de la fonction l'indique, assurera la coordination avec les différents intervenants internes et externes. A ce titre, il pourra contribuer à l'information gérontologique des intervenants libéraux et salariés concernant les règles d'hygiène, la prévention des chutes, la nutrition, les troubles du comportement…

Il élabore également un rapport d'activités médicales annuel contenant des données sur la dépendance, l'évaluation des pratiques, l'organisation des soins, et les pathologies.

De plus, le médecin coordonnateur, fait partie intégrante de la Commission d'Admission et émet un avis médical concernant les résidents et les admissions des futures personnes âgées en mettant en évidence l'adéquation de l'état de santé de ces personnes avec les capacités d'accueil et soins de l'E.H.P.A.D.

Enfin, il participe à toutes autres réunions internes telles que des réunions de Direction, du Comité de Pilotage, du Comité de coordination des risques et des vigilances, des réunions d'équipes, et de suivi de la convention tripartite.

3.2 L'infirmière référente :

Véritable interface entre équipe de soins, la direction, les résidents, les familles, les services extérieurs et les instances représentatives.
L'IDE référente est chargée d'encadrer et d'animer l'équipe de soins autour d'objectifs définis dans le projet de soins de l'établissement.

Ses missions :
- Mise en place de l'organisation des soins au quotidien
- Animation et gestion de l'équipe soignante
- Accueil et suivi des stagiaires
- Coordination avec les partenaires médico-sociaux extérieurs
- Evaluation des projets et des actions mises en place

3.3 Les infirmier(e)s.

Il(s) et/ou elle(s) garantiront les soins dispensés aux personnes âgées de l'établissement de l'admission jusqu'à la fin de vie. Ils et/ou elles seront responsables des soins infirmiers régis par le Décret de compétences du 11 Février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier(e)s, et le décret n°93-221 du 16 février relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières.

L'établissement dispose **actuellement de 2.50 ETP infirmier.** Ces postes assurent la présence journalière de 10 heures et le week-end, de 7h30.

Les infirmier(e)s au regard de leurs rôles ont des missions pouvant se répartir ainsi :

I – DEVOIRS GENERAUX

L'infirmier ou l'infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient et de la famille.

L'infirmier ou l'infirmière n'accomplit que les actes professionnels qui relèvent de sa compétence en vertu du décret pris en application des articles L 372, L473 et L761-11 du code de la santé publique.

Le secret professionnel s'impose à tout infirmier ou infirmière et à tout étudiant infirmier dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, lu, entendu, constaté ou compris.

L'infirmier ou l'infirmière instruit ses collaborateurs de leurs obligations en matière de secret professionnel et veille à ce qu'ils s'y conforment.

L'infirmier ou l'infirmière doit, sur le lieu de son exercice, veiller à préserver autant qu'il lui est possible la confidentialité des soins dispensés.

L'infirmier ou l'infirmière est tenu de porter assistance aux malades ou blessés en péril

L'infirmier ou l'infirmière doit le droit du patient de s'adresser au professionnel de santé de son choix.

L'infirmier ou l'infirmière ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que se soit . Il ne peut notamment accepter une rétribution basée sur des obligations de rendement qui auraient pour conséquence une restriction ou un abandon de cette indépendance.

Pour garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité du patient, l'infirmier ou l'infirmière a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles. Il a également le devoir de ne pas utiliser des techniques nouvelles de soins infirmiers quoi feraient courir au patient un risque injustifié ;

L'infirmier ou l'infirmière respecte et fait respecter les règles d'hygiène dans l'administration des soins, dans l'utilisation des matériels et dans la tenue dans les locaux. Il s'assure de la bonne élimination des déchets solides et liquides qui résultent de ses actes professionnels.

Les infirmiers ou les infirmières doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité. Il leur est interdit de calomnier un autre professionnel de la santé, de médire de lui ou de se faire écho de propos susceptibles de lui nuire dans l'exercice de sa profession. Un infirmier ou une infirmière en conflit avec un confrère doit rechercher la conciliation.

L'infirmier ou l'infirmière est personnellement responsable des actes professionnels qu'il est habilité à effectuer. Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière est également responsable des actes qu'il assure avec la collaboration des aides-soignants.

L'infirmier ou l'infirmière doit prendre toutes précautions en son pouvoir pour éviter que des personnes non autorisées puissent avoir accès aux médicaments et produits qu'il est appelé à utiliser dans le cadre de son exercice.

L'infirmier ou l'infirmière a le devoir d'établir correctement les documents qui sont nécessaires aux patients. Il lui est interdit d'en faire ou d'en favoriser une utilisation frauduleuse, ainsi que d'établir des documents de complaisance.

L'infirmier ou l'infirmière ne doit pas user de sa situation professionnelle pour tenter d'obtenir pour lui-même ou pour autrui un avantage ou un profit injustifié ou pour commettre un acte contraire à la probité.
Sont interdits tout acte de nature à procurer à un patient un avantage matériel injustifié ou illicite, tout ristourne en argent ou en nature faite à un patient.
Il est également interdit à un infirmier ou une infirmière d'accepter une commission pour un acte infirmier quelconque ou pour l'utilisation de matériels ou de technologies nouvelles.

Il est interdit à un infirmier ou une infirmière de se livrer ou de participer à des fins lucratives à toute distribution de médicaments et d'appareils ou de produits ayant un rapport avec son activité professionnelle.

L'infirmier ou l'infirmière ne doit pas proposer au patient ou à son entourage , comme salutaire ou sans danger, un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé.
Il ne doit pas diffuser dans les milieux professionnels ou médicaux une technique ou procédé nouveau de soins infirmiers insuffisamment éprouvés sans accompagner cette diffusion des réserves qui s'imposent.

Est interdite à l'infirmier ou à l'infirmière toute forme de compérage, notamment avec des personnes exerçant une profession médicale ou paramédicale, des pharmaciens ou des directeurs de laboratoires d'analyses de biologie médicale, les établissements de fabrication et de vente de remèdes, d'appareils, de matériels ou de produits nécessaires à l'exercice de sa profession ainsi qu'avec tout établissement de soins, médico-social ou social.

L'infirmier ou l'infirmière auquel une autorité qualifiée fait appel soit pour collaborer à un dispositif de secours mis en place pour répondre à une situation d'urgence, soit en cas de sinistre ou de calamité, doit répondre à cet appel et apporter son concours.

Dans le cas où il est interrogé à l'occasion d'une procédure disciplinaire suivie devant la commission de discipline mentionnée à l'article L 482-1 du code de la santé publique, l'infirmier ou l'infirmière est tenu, dans la mesure compatible avec le respect du secret professionnel , de révéler les faits utiles à l'instruction parvenus à sa connaissance.

II – DEVOIRS ENVERS LES PATIENTS

L'infirmier ou l'infirmière doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard et quels que soient l'origine de cette personne, son sexe, son âge, son appartenance ou non-appartenance à une ethnie, à une nation ou à une religion déterminée, ses mœurs, sa situation de famille, sa maladie ou son handicap et sa réputation.

L'infirmier ou l'infirmière agit en toute circonstance dans l'intérêt du patient.

Lorsqu'il participe à des recherches biomédicales, l'infirmier ou l'infirmière doit le faire dans le respect des disposition du livre II Bis du code de la santé publique.

L'infirmier ou l'infirmière peut établir pour chaque patient un dossier de soins infirmiers contenant tous les éléments relatifs à son propre rôle et permettant le suivi du patient.

L'infirmier ou l'infirmière, quel que soit son mode d'exercice, doit veiller à la protection contre toute indiscrétion de ses fiches de soins et des documents qu'il peut détenir concernant les patients qu'il prend en charge. Lorsqu'il a recours à des procédés informatiques, quel que soit le moyen de stockage des données, il doit prendre toutes les mesures qui sont de son ressort pour en assurer la protection, notamment au regard des règles du secret professionnel.

L'infirmier ou l'infirmière applique et respecte la prescription médicale écrite, datée et signée par le médecin prescripteur, ainsi que les protocoles thérapeutiques et de soins d'urgence que celui-ci a déterminés.

Il vérifie et respecte la date de péremption et le mode d'emploi des produits ou matériels qu'il utilise.

Il doit demander au médecin prescripteur un complément d'information chaque fois qu'il juge utile, notamment s'il estime être insuffisamment éclairé.

L'infirmier ou l'infirmière communique au médecin prescripteur toute information en sa possession susceptible de concourir à l'établissement du diagnostic ou de permettre une meilleure adaptation du traitement en fonction de l'état de santé du patient et de son évolution.
Chaque fois qu'il estime indispensable, L'infirmier ou l'infirmière demande au médecin prescripteur d'établir un protocole thérapeutique et de soins d'urgence écrit daté et signe.

En cas de mise en œuvre d'un protocole écrit de soins d'urgence ou d'actes conservatoires accomplis jusqu'à l'intervention d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière remet à ce dernier un compte-rendu écrit daté et signé.

L'infirmier ou l'infirmière chargé(e) d'un rôle de coordination et d'encadrement veille à la bonne exécution des actes accomplis par les infirmiers, aides-soignants et par les étudiants infirmiers placés sous sa responsabilité.

L'infirmier ou l'infirmière informe le patient ou son représentant légal, à leur demande, et de façon adaptée, intelligible et loyale, des moyens ou des techniques mis en œuvre. Il en est de même des soins à propos desquels il donne tous les conseils utiles à leur bon déroulement.

Enfin, les infirmiers encadreront les aides-soignant(e)s et les différents stagiaires.

3.4 Les aides-soignant(e)s.

Ils ou elles assurent les soins d'hygiène et de confort de la personne âgée, apportent leur aide dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie quotidienne des résidents ayant perdu de leur autonomie temporairement ou définitivement. A l'absence de l'AMP, ils ou elles assurent l'animation au quotidien.
Extraits du référentiel d'activités et du référentiel de compétences.

REFERENTIEL D'ACTIVITES:

1- Dispenser des soins d'hygiène et de confort à la personne
2- Observer la personne et mesurer les principaux paramètres liés à son état de santé
3- Aider l'infirmier à la réalisation de soins
4- Assurer l'entretien de l'environnement immédiat de la personne et la réfection des lits
5- Entretenir des matériels de soin
6- Transmettre ses observations par oral et par écrit pour maintenir la continuité des soins
7- Accueillir, informer et accompagner les personnes et leur entourage
8- Accueillir et accompagner les stagiaires en formation

REFERENTIEL DE COMPETENCES:

1- Accompagner une personne dans les actes essentiels de la vie quotidienne en tenant compte de ses besoins et de son degré d'autonomie
2- Apprécier l'état clinique d'une personne
3- Réaliser des soins adaptés à l'état clinique de la personne
4- Utiliser les techniques préventives de manutention et les règles de sécurité pour l'installation et la mobilisation des personnes
- Utiliser les techniques préventives de manutention et les règles de sécurité pour l'installation et la mobilisation des personnes
5- Etablir une communication adaptée à la personne et à son entourage
6- Utiliser les techniques d'entretien des locaux et du matériel spécifiques aux établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux
7- Rechercher, traiter et transmettre les informations pour assurer la continuité des soins
8- Organiser son travail au sein d'une équipe pluri-professionnelle.

3.5 La Psychologue.

La psychologue (0,20 ETP) est un membre actif de la Commissions d'Admission et elle intervient à différents niveaux.

- En premier lieu, la psychologue procède à des **entretiens individuels pour discerner d'éventuels problèmes** en cas de troubles dans les changements de comportements *(agressivité, repli sur soi…)*. De même, la psychologue réalisera des **évaluations via des diagnostics afin de cerner les capacités existantes des résidents.**
- La psychologue proposera aussi **un soutien auprès des <u>familles</u>** par des rencontres dans un souci de déculpabiliser la famille, accompagner les proches d'une personne âgée en fin de vie, maintenir les liens familiaux et affectifs…

Concernant le <u>personnel</u>, la psychologue tiendra également un rôle important. En tout premier lieu, elle **sera susceptible de diriger des réunions de synthèse** en informant les équipes des problèmes rencontrés par certains résidents. Elle contribuera à cette approche en donnant des informations qui pourront aider pour la prise en charge de la personne, le but étant de faire évoluer un projet de soins pour le résident au sein de l'établissement.

Augmenter le temps de la psychologue afin de mettre en place :

- des groupes de parole avec la psychologue qui sera à l'écoute des difficultés du personnel soignant confrontés à des situations éprouvantes : décès successifs, des agressions verbales, gestuelles du résident, des conflits dans l'équipe et notamment, plus tard, pour le personnel de l'unité spécifique de soin. Chacun pourra parler en son nom et évoquera selon ses désirs ses difficultés ses angoisses. Le groupe de paroles favorisera ainsi les interactions entre les soignants.

- des entretiens individuels : le personnel pourra également évoquer ses difficultés vis à vis d'une personne âgée dans l'établissement, parler de problèmes professionnels.

- Enfin, le (la) psychologue pourra contribuer à leurs formations et informations sur des thèmes variés tels que sur le vieillissement, la relation d'aide…

3.6 L'ergothérapeute :

Elle est amenée, en priorité, à **évaluer les capacités fonctionnelles des résidents**, **aménager l'environnement direct des personnes.**

A partir de juin 2009, elle prendra en charge deux animations à visée thérapeutique (cf projet d'animation).

3.7 La diététicienne :

En premier lieu, elle élabore en collaboration avec le chef de cuisine, les menus hebdomadaires destinés aux résidents. Ensuite elle veille **au respect des règles nutritionnelles et au suivi des régimes alimentaires** en fonction des pathologies.
Enfin elle est un membre à part entière de la Commission des menus en tant que spécialiste de l'alimentation**.**

4- Les services Logistiques.

Ce service compte actuellement 14.01 ETP réparti entre les ASH, l'équipe de cuisine, la lingerie et le service technique.

4.1-Les ASH (Agent de Service Hôtelier) :

9.01 ETP, sont en charge de l'entretien ménager de l'établissement (6.75 ETP ASH jour et 2.26 ETP ASH Nuit).

Les ASH collaborent à la mise en œuvre du projet d'établissement en matière d'accueil, d'hygiène et de confort hôtelier des résidents. Ils participent à la qualité de vie des résidents.

Actuellement, 1 ASH est présente la nuit à l'EHPAD. Dans la future Unité de Soins Spécifique, la présence d'un soignant au sein de l'unité sera obligatoire.

Ils assurent au quotidien :

- Entretien des locaux (chambres et espaces communs) en appliquant les protocoles d'hygiène.
- La Fonction hôtelière : installation et distribution des petits déjeuners et service des boissons l'après-midi et de la collation la nuit
- La fonction linge : évacuation du linge sale des résidents, réception et rangement du linge propre
- Intendance : en contribuant à la maintenance du matériel.
- Encadrement des stagiaires ASH, de niveau CAP, BEP ETC et bio-service, des CAE et CAV
- Relation et communication en participant aux transmissions d'équipe, aux réunions de service hebdomadaires, aux réunions de démarche qualité, aux formations internes. En outre, les agents de service ont un rôle d'accueil auprès des résidents, familles, visiteurs et intervenants extérieurs.
- Prévention des risques : sécurité incendie, risques de chutes, légionellose

4.2 Lingère :

La lingère (0.5 ETP) assure l'entretien du linge personnel des résidents : lavage, repassage, petits travaux de couture.

Le linge plat est pris en charge par une blanchisserie extérieure à l'établissement ainsi que les tenues du personnel. C'est la lingère qui gère l'envoi du linge sale et la réception du linge propre avec redistribution dans les services et au personnel.

Autres activités :

- Analyse des besoins et commande de linge en relation avec les résidents et suivi du budget
- Gestion et maintenance de matériels spécifiques.
- Relation avec les résidents pour l'entretien

4.3 Le personnel de cuisine :

Le chef de cuisine et son équipe participent à la vie quotidienne du résident par la réalisation des mets et le déroulement du service en salle à manger.(3.5 ETP)

Ils sont garants de l'application de la méthode HACCP tant au niveau de la réception des marchandises qu'au niveau de la production alimentaire que du nettoyage. Leur rôle est important dans la prévention des risques alimentaires.

Chef de cuisine :

- ***Organisation du service de restauration :*** réalisation des préparations chaudes et froides, envoi des mets pour le service dans les salles de restauration et des plateaux pour le service en chambre, repas des personnels.
- ***Intendance :*** réalisation des commandes de matières premières et denrées, réception des marchandises et contrôle, gestion des stocks, contrôle des prix et ratios.

- ***Entretien des locaux :*** participe au nettoyage des locaux et du matériel en suivant les protocoles d'hygiène mis en place selon la méthode HACCP.
- ***Elaboration des menus en collaboration avec la diététicienne***
- ***Encadrement des équipes de cuisine et accueil des stagiaires.***
- ***Collaboration avec l'équipe soignante***
- ***Relation et communication :*** il reçoit les commerciaux venant lui présenter des nouveaux produits et/ou prendre les commandes. Enfin, il prend en compte les remarques des résidents concernant la composition des menus (visite hebdomadaire des salles à manger).
- ***Participation à la Commission des Menus***
- Elaboration des apéritifs d'accueil des résidents et des gâteaux d'anniversaire
- Implication dans la vie associative de l'établissement

Aides-cuisines :

- ***Préparations des mets.***
- ***Aide à l'envoi des plats.***
- ***Nettoyage des locaux et du matériel.***
- ***Réception et rangement des marchandises et accueil des livreurs, commerciaux en l'absence du chef de cuisine.***
- ***Attentif aux remarques des résidents***,

4.4 Le personnel du service technique :

Par leur polyvalence, les agents d'Entretien sont des acteurs majeurs dans la qualité de vie du résident dans l'établissement. (1 ETP)

Ils assurent au quotidien :

- ***Propreté interne et externe de l'établissement :*** propreté du local des déchets et des poubelles, liaison au centre de tri, rangement de l'atelier.
- ***Gestion des travaux d'entretien et des investissements :*** travaux de maçonnerie, d'électricité, de peinture, de tapisserie, serrurerie, remise à neuf des chambres avant nouvelle entrée, réparation au quotidien sur demande des soignants et/ou des résidents de leurs installations.
- ***Commande de fournitures et consommables divers :*** commande et contrôle des produits d'entretiens, protections incontinence, consommables de réparation.
- ***Sécurité :*** contrôle des installations (eau, chauffage, électricité, groupe électrogène, machines à laver), accompagnement des contrôleurs dans le cadre de la réglementation, nettoyage des véhicules de l'établissement, contrôle et approvisionnement en oxygène.

↳ ***Relations :***

- avec l'ensemble du personnel pour des interventions diverses

-- avec les résidents par la distribution des journaux aux abonnés, par leur intervention dans les chambres et par le transport des résidents chez les médecin ou autre,

- avec les commerciaux pour les commandes de fournitures

- ***avec les intervenants extérieurs*** : maçon, menuisiers et divers corps d'état du Bâtiment, ….

5- Les Intervenants Externes

La Maison de Retraite bénéficie également de la présence de professionnels qui interviennent plutôt comme **acteurs à part entière de la qualité des soins et de la prise en charge des résidents, que comme membre de l'équipe pluridisciplinaire au même titre que les personnels** :

Les médecins libéraux :

Les résidents ont le libre choix du médecin traitant.
Pour le renouvellement des traitements, ils viennent un fois par trimestre ou plus si nécessaire.

Les kinésithérapeutes :

Assurent des actions préventives de mobilisation des résidents et de rééducation fonctionnelle afin que les résidents retrouvent l'autonomie d'un ou plusieurs de leurs membres pour aider aux gestes simples de la vie courante. Ils interviennent ponctuellement sur prescription médicale pour des raisons thérapeutiques ou préventives dans les domaines de la mobilité, de la motricité.
Ils(Elles) préviennent les chutes des résidents par un positionnement postural adapté et réapprentissage de la marche….

Les pédicures :

Interviennent sur demande de la personne âgée, des familles, personnel soignant, ou sur prescription médicale.

Il est enfin significatif de mentionner la participation forte des bénévoles de l'association protestante *d'entraide et d'éducation de Mazamet et alentours* pour l'animation à visée sociale, les visites, l'accompagnement et le soutien aux résidents.

3.2- LES PRESTATIONS HOTELIERES

Dans un EHPAD, le résident doit pouvoir bénéficier de services hôteliers dans un environnement sécurisé tout en bénéficiant d'une présence humaine permanente.

Voici en quelques mots la politique hôtelière de l'établissement.

3-2-1/ La restauration

Le petit déjeuner personnalisé selon les demandes des résidents est servi sur plateau par les agents de service hôtelier.

Les repas sont servis, obligatoirement, en salle à manger sauf sur recommandations de l'équipe soignante.

Les menus, préparés en régie (liaison chaude) après avis de la diététicienne et validés en Commission des Menus, sont affichés hebdomadairement sur les panneaux prévus à cet usage et dans chaque salle à manger.

Les horaires

Les horaires des repas sont les suivants :

petit déjeuner : 8 h à 8 h 45 (servis en chambre)
déjeuner : 12 h 00
boissons : 15 h 00
dîner : 18 h

Collation : 21 h

Les Menus

La prestation restauration veille à répondre aux besoins et attentes des résidents.
Les menus sont élaborés en collaboration avec le chef cuisinier et la diététicienne et validés par la Commission des Menus toutes les cinq semaines en tenant compte des attentes des résidents, de l'équilibre nutritionnel, des impératifs d'hygiène et budgétaires.

En fonction des fiches de goûts et de dégoûts remplies à l'entrée, les menus de remplacement sont proposés si nécessaire. Les régimes alimentaires particuliers, sur prescription médicale, sont élaborés par la diététicienne.

Le chef cuisinier se déplace à la salle à manger pour connaître la satisfaction des résidents ainsi que leurs attentes.

L'organisation des repas

Les repas sont élaborés sur place par du personnel diplômé, dans le respect des normes d'hygiène de la cuisine collective. La plupart des menus sont élaborés à partir d'aliments frais.

Les places en salle à manger sont choisies, dans la mesure du possible, en fonction des affinités et des connaissances des résidents. L'équipe soignante participe à la prise des repas pour les personnes en perte d'autonomie.

La sécurité alimentaire

La méthode HACCP mise en place (protocoles, traçabilité…) est appliquée par le personnel de cuisine formé.

Des actions de prévention et de surveillance sont entreprises :

- des prélèvements mensuels de surface et de nourriture réalisés et analysés par un laboratoire spécialisé
- des audits internes sur l'hygiène des mains et le port des gants sont réalisés annuellement
- une analyse de l'eau est effectuée une fois par an

Les recommandations des Services Vétérinaires sont prises en compte, programmées et réalisées.

Le Chef Cuisinier a suivi une formation sur le Plan de Maîtrise Sanitaire afin de compléter la démarche HACCP et de se conformer aux dernières directives européennes.

3-2-2/ L'Hygiène

L'hygiène des locaux

Les procédures d'entretien des chambres sont similaires à ceux du milieu hospitalier.
L'Equipe Opérationnelle d'Hygiène a organisé des actions information/formation sur l'entretien des locaux. Des audits sur l'hygiène des soins et des locaux, ont été programmés par le CLIN et réalisés par l'EOH en collaboration avec le service qualité. Ces audits donnent lieu à des restitutions aux personnels concernés et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.

L'élimination des déchets

Dans chaque service, le circuit des déchets est organisé.
Le personnel est sensibilisé sur le tri des déchets, le port des gants et le lavage simple des mains.
Dans les services de soins : une traçabilité est mise en place pour la gestion des DASRI.
Il existe des collecteurs pour les objets piquants, coupants, tranchants. Les DASRI (Déchets d'Activités de Soins à Risque Infectieux) sont évacués dans des cartons spécifiques à incinérer, doublés d'un sac jaune.

Qualité et hygiène dans le circuit de traitement du linge

La fonction triage, stockage, et distribution dans le service est assurée par la lingerie de l'établissement. La séparation du linge propre et du linge sale est assurée. Il existe une procédure sur la gestion du linge et la gestion des tenues du personnel ainsi qu'un livret sur le circuit du linge qui a été présenté et diffusé à tous les services.

Le transport du linge sale et propre et le traitement du linge sont confiés à une blanchisserie externe :

- séparation propre/sale pendant le transport, circuit propre/sale à l'intérieur de la blanchisserie, tenues du personnel adaptées, utilisation de produits garantissant une action fongicide, bactéricide et virucide
- mise en place de deux tournées différentes, une pour la livraison du linge propre et une pour le ramassage du linge sale.
- Le linge propre est conditionné sous film plastique puis rangé dans des chariots couverts d'une toile
- Il existe au niveau de la blanchisserie externe :
    - un contrôle visuel permanent
    - un contrôle du respect des températures des machines
    - un contrôle du linge en fin de chaîne par application de géloses une fois par mois sur un échantillon de linge

Le linge des résidents nécessitant d'être lavé à basse température et le linge de toilette sont pris en charge par la laverie du Refuge.

La distribution du linge propre est réalisée 2 fois par semaine.

Les familles peuvent si elles le souhaitent gérer le linge du résident.

La légionellose

- Des contrôles de l'eau réguliers sont réalisés en interne par les services techniques de l'établissement et consignés sur le carnet sanitaire.
    - en cuisine : points d'eau à la légumerie et salle de préparation
    - sur le réseau d'eau chaude sanitaire

- Des analyses de l'eau sont effectuées en externe par un laboratoire d'analyse 2 fois par an et plus si nécessaire. Les contrôles pour la prévention de la légionellose sont effectués chaque année en janvier ou juillet et l'attestation de contrôle de la légionellose est affichée dans l'établissement.

3-2-3/ La sécurité

La sécurité incendie

L'établissement s'assure du passage de la Commission de Sécurité et des contrôles réalisés par les organismes extérieurs (la périodicité est définie dans les contrats).

Des contrôles internes sont également réalisés.

La formation du personnel est organisée par un organisme agréé et se déroule en 3 sessions par an (tous les professionnels participent, à leur tour) :

- une session sur la reconnaissance des locaux
- une session sur la manipulation des extincteurs
- une session sur l'évacuation immédiate : une simulation d'incendie est réalisée et donne lieu à la rédaction de fiches réflexes qui ont été validées par le chef de corps du service local

d'incendie et de secours. Ces fiches sont mises à disposition dans les services et leur appropriation est évaluée lors des sessions de formation.

Des exercices avec l'intervention du service incendie ont eu lieu en avril 2003 et en février 2008.

Des actions d'amélioration ont été réalisées :
- achat de couvertures anti-feu
- mise en place de contrôles réguliers du fonctionnement des talkies-walkies (avec feuille de traçabilité). Le port d'un brassard est recommandé afin de faciliter l'identification des deux personnes chargées de l'alerte, par le personnel et par les pompiers
- mise en place d'un classeur contenant les fiches réflexes
- remplacement du SSI
- mise en place des alarmes générales sélectives

Dans l'établissement, les plans d'évacuation sont affichés et des extincteurs spécifiques ont été mis en place selon les endroits et le risque d'incendie.

Des dispositions spécifiques de lutte contre le tabagisme sont mises en œuvre dans le cadre de la loi. Dans le livret d'accueil du personnel et celui des résidents, un rappel est fait sur l'interdiction de fumer. Une fiche spécifique sur la sécurité incendie rappelle les mesures préventives.

La sécurité des locaux, des résidents et de leur bien

La maintenance des bâtiments, installations et équipements est assurée en interne par le service technique et en externe par des sociétés de maintenance bien identifiées avec lesquelles des contrats de maintenance ont été signés.

Une organisation des interventions en urgence est en place : affichage dans le service de soins :
- du planning du service technique
- des numéros d'appel pour joindre le personnel concerné

Un rappel des consignes de sécurité est fait aux agents par le biais du livret d'accueil du personnel et du règlement intérieur.
- Une procédure de gestion des dysfonctionnements a été formalisée.
- Pour tout incident, le recueil se fait par le biais des fiches de signalement qui sont analysées systématiquement par l'équipe de Direction et le Comité de Coordination des Vigilances et des Risques Sanitaires.

Des mesures préventives sont mises en œuvre pour assurer la sécurité des personnes hébergées et pour le personnel:
- téléphone sans fil, sonnette dans les chambres et dans les salles de bains communes
- personnel 24h/24h (la nuit : présence d'une ASH de nuit de l'EHPAD)
- sac d'urgence fonctionnel en permanence
- formation d'agents Sauveteurs Secouristes du Travail

Afin d'assurer la continuité ainsi que la sécurité des soins, les objectifs de l'établissement sont :

- d'inscrire, au plan de formation pluriannuel, le personnel de l'EHPAD pour les premiers gestes d'urgence.

- de demander, dans le cadre du renouvellement de la convention tripartite, un renfort de personnel soignant de nuit

Les modalités de dépôt et de retrait des objets de valeur sont organisées. Une information orale est donnée à l'admission du résident par le secrétariat général.

La sécurité juridique

Nous demandons une attestation de responsabilité civile à jour au moment de l'entrée du résident.

4- LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES

L'objectif de l'établissement étant d'assurer une continuité de prise en charge pour des personnes âgées dépendantes, dans le respect de leur liberté de choix du mode d'hébergement, les orientations stratégiques du Projet Institutionnel sont les suivantes:

➪ LA PRISE EN CHARGE DES RESIDENTS :

Concernant la prise en charge des résidents, les orientations sont les suivantes :

- Conforter la continuité et la coordination des soins :
  - En améliorant le dossier de soins du résident
  - En formalisant les démarches de soins et les projets de vie individualisés
  - En augmentant les personnels soignants et non soignants afin de faire face à la charge de travail (PATHOS élevé)
- Développer les soins palliatifs et la lutte contre la douleur en créant un CLUD intégrant les médecins de ville afin d'homogénéiser les pratiques
- Assurer la prise en charge des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou syndromes apparentés en créant une unité de soins spécifique (cf projet de l'unité de soins spécifique)
- Adapter l'établissement à l'handicap de la personne âgée en maintenant et/ou restaurant l'autonomie physique et psychique des résidents

➪ LE MANAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT :

Pour le management de l'établissement, les orientations concernent essentiellement les ressources humaines.
Les pistes de travail prioritaires sont les suivantes :

- L'amélioration des conditions de travail en réévaluant chaque année les risques professionnels afin d'établir un plan de prévention
- Poursuivre l'élaboration des fiches métiers et l'évaluation individuelle du personnel
- Mettre en œuvre le plan de formation pluriannuel

➪ LA DEMARCHE QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS :

Les orientations concernent :

- Instaurer un management permanent de la qualité
- Encrer la démarche qualité et l'évaluation dans la culture de l'établissement
- Définir et formaliser la politique de gestion globale des risques
- Redynamiser les vigilances
- Poursuivre la maîtrise du risque infectieux
- Déployer les Evaluations des pratiques professionnelles

5- MANAGEMENT DE LA QUALITE

BILAN DE L'EXISTANT

Le Refuge Protestant présente comme caractéristique le regroupement de 3 structures en un établissement : la Maison de Retraite, la clinique de Soins de Suite et de Réadaptation et les résidences en appartements.

Deux référentiels s'appliquent à cet établissement :

- Le Référentiel Angélique pour la Maison de Retraite dans le cadre de la Convention Tripartite.
- Le Référentiel de la HAS pour la clinique SSR dans le cadre de la Certification.

5-1/L'ORGANISATION MISE EN PLACE :

L'établissement a mis en place une structure d'accompagnement qui lui est propre à et qui comprend :

- le Comité de Pilotage Qualité/Gestion des risques
- des Commissions qui sont regroupées en un comité COVIRIS (Comité de Coordination des Vigilances et des Risques)
- des groupes de travail

Le Comité de Pilotage

Ses missions :

- Définit, oriente et fixe les objectifs relatifs au projet d'Etablissement
- Valide les documents et propositions relatifs à la démarche qualité et gestion des risques
- Suit et oriente le travail des groupes de travail
- Analyse les résultats des auto-évaluations et audit internes
- Définit les axes d'améliorations prioritaires

Les Commissions

Des commissions ont été mises en place ou redynamisées depuis janvier 2005 :

- le CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales)
- le Comité du Médicament
- le Comité des Vigilances (Pharmacovigilance/Matériovigilance)
- la CRUQ (Commission des Relations des Usagers et de la Qualité de la prise en charge)

Ces commissions ont été regroupés depuis le 03/12/2008 en une seule structure appelée COVIRIS qui coordonne les risques et les vigilances. Un programme global de gestion des risques a été élaboré pour l'année 2009 (cf registre du COVIRIS).

Le Service Qualité

Le Service Qualité, mutualisé avec le service du SSR, a été créé en 2003, avec le recrutement d'une qualiticienne qui a pour principale mission d'accompagner l'établissement dans la mise en place, le suivi et l'animation :

- de la démarche qualité selon les référentiels en vigueur
- de la démarche d'évaluation des pratiques professionnelles
- de la gestion globale des risques

Le Service Qualité Intervient en appui méthodologique et assure l'information et la formation des groupes sur les outils qualité ainsi que la gestion documentaire.

Les groupes de travail

Depuis 2003, des démarches qualité sont engagées par des groupes de travail mis en place et des actions ont été menées sur les thématiques suivantes :

- DOULEUR ET SOINS PALLIATIFS
- NUTRITION
- ESCARRES
- CHUTES ET CONTENTIONS
- INCONTINENCE
- HYGIENE
- DOSSIER DU PATIENT

Ces groupes de travail sont pluridisciplinaires et du personnel de chaque secteur d'activité fait parti des groupes.
Les groupes de travail ont été formés à la démarche qualité par un organisme extérieur (le SER IRSA) et le service qualité intervient en appui méthodologique.

Il est apparu depuis la démarche qualité engagée dans le cadre du renouvellement de la certification du service de Soins de Suite et de Réadaptation et du renouvellement de la Convention Tripartite de l'EHPAD, que les groupes de travail pluridisciplinaires, composés des personnels du SSR et de l'EHPAD, devaient être remaniés afin de répondre au mieux au besoin des deux structures (SSR et EHPAD).

Aussi, dans le cadre de la certification V2007 du SSR, 4 groupes pluridisciplinaires (composé uniquement du personnel du SSR) ont été mis en place afin de mener les Evaluation des Pratiques Professionnelles.
Les groupes de travail seront également remaniés afin de mieux s'adapter aux exigences des établissements médico-sociaux (cf programme d'amélioration continue de la qualité).

Des actions qualité transversales sont aussi déployées au niveau institutionnel. A titre d'exemple, on peut citer les actions menées sur l'hygiène. D'autres seront réalisées : - l'évaluation des risques afin d'élaborer une cartographie des risques
- l'audit sur le circuit du médicament afin d'améliorer la prise en charge médicamenteuse.

5-2/LA POLITIQUE D'EVALUATION:

Evaluation de la satisfaction des usagers :

Satisfaction des repas :

Recueil de la satisfaction des résidents par :

- le Chef cuisinier qui se rend régulièrement à la salle à manger
- la Présidente de la Commission des Menus (Représentante des Usagers)

⇨ Lors de la Commission des Menus (tous les mois), les insatisfactions et attentes des résidents sont discutées et des actions d'amélioration sont mises en place (modification des menus, réorganisation du service, relevé de la température des plats….)

Afin de connaître la satisfaction des résidents, un questionnaire a été réalisé en 2003.
Ce questionnaire beaucoup trop complexe n'a pas permis une exploitation efficace des résultats.

Des enquêtes de satisfaction plus simples et ponctuelles pourront être réalisées auprès des résidents et de leur famille afin de connaître leurs attentes et d'apporter d'éventuelles actions d'amélioration.

EVALUATION DE LA SATISFACTION DU PERSONNEL

La gestion documentaire :

La gestion documentaire a été mise en place en 2003, il est apparu nécessaire de faire le point, cinq ans après, sur les connaissances et la satisfaction de l'ensemble du personnel.

L'objectif a été d'évaluer les connaissances et la satisfaction du personnel sur la gestion documentaire afin d'apporter des améliorations qui permettront une meilleure appropriation des documents.

L'enquête sur la gestion documentaire a été réalisée par l'intermédiaire d'un questionnaire distribué à chaque salarié (avec le bulletin de salaire du mois de mai). Elle a donné lieu à un plan d'action.

Les fonctions logistiques :

L'évaluation des fonctions logistiques est inscrite au programme de gestion de la qualité 2004-2009 suite à l'Accréditation passée en 2005.

L'objectif était d'évaluer la satisfaction du personnel sur les fonctions : Restauration, Nettoyage, Linge, Maintenance, Approvisionnement afin d'apporter d'éventuelles actions d'amélioration.

Cette enquête a été réalisée par l'intermédiaire d'un questionnaire distribué dans les services le 12 juillet 2008 et mis à disposition jusqu'au 15 août 2008.

Le signalement des incidents:

Afin de développer la gestion des risques et en particulier la gestion des risques à postériori, il s'est avéré nécessaire d'améliorer la déclaration des incidents afin qu'elle devienne une attitude systématique pour chaque agent.

EVALUATION DES PRATIQUES :

EVALUATION DES PROTOCOLES D'HYGIENE :

Les évaluations sont réalisées par l'IDE Hygiéniste de l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène du CHIC Castres-Mazamet (EOHH) et la qualiticienne de l'établissement.
Les audits sont réalisés à partir d'une grille d'observation.
Les résultats sont ensuite communiqués à la Cellule Hygiène et au CLIN. Une restitution est faite au personnel concerné par l'IDE Hygiéniste et des actions d'amélioration sont mises en place.

Depuis 2004, plusieurs audits sont inscrits, chaque année, au programme de prévention et de maîtrise du risque infectieux :

L'évaluation des soins s'inscrit dans la démarche qualité : repérer les écarts, mettre en place des audits internes de contrôle des tâches, des grilles d'auto évaluation : évaluer l'amélioration de la qualité de la prise en charge par le traitement des plaintes, l'écoute des soignants, la baisse de la malnutrition ou des chutes.
Elle fait partie du rapport annuel d'activités que le médecin coordinateur doit fournir aux tutelles. Il comporte l'analyse statistique chiffrée des évènements survenus pendant l'année: journée d'hospitalisation, nombre de décès, causes, chutes, contentions, formation des équipes…

EVALUATIONS DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES :

Actuellement une EPP a été réalisée Cette partie reste à développer.
L'établissement souhaite mettre en place des EPP sur les thèmes suivants :

- le circuit du médicament : programmer en fin d'année 2009
- l'évaluation de la douleur et sa prise en charge : en 2010 (à voir avec le CLUD)
- la prise en charge des escarres

Pour chacune des EPP réalisées, un rapport d'audit sera élaboré et communiqué au personnel ainsi qu'un plan d'action.

LES AXES D'AMELIORATION POUR 2009-2014

Objectifs opérationnels
améliorer la déclaration des incidents afin qu'elle devienne une attitude systématique pour chaque agent.
recueil de la satisfaction des résidents
développer les EPP
évaluer le projet d'établissement

Plan d'action
réaliser une enquête sur la déclaration des incidents par l'intermédiaire d'un questionnaire distribué à chaque salarié.
réaliser une enquête de satisfaction, auprès des résidents et de leur famille, sur la gestion du linge et sur la restauration.
mettre en place des EPP sur les thèmes suivants : - l'évaluation de la douleur et sa prise en charge : en 2010 (à voir avec le CLUD) - la prise en charge des escarres
réaliser une revue annuelle du projet d'établissement

6- AUTO-EVALUATION

AUTO-EVALUATION- JUIN 2009 :

Une auto-évaluation a été réalisée à l'aide du référentiel ANGELIQUE. Les thèmes de ce référentiel ont été répartis en 3 groupes de travail :

✓ **Le groupe 1 travaillera sur le thème 1 : Attentes et satisfaction des résidents et familles**

✓ **Le groupe 2 travaillera sur le thème 2: Réponses apportées aux résidents en terme d'autonomie, d'accompagnement et de soins »**

✓ **Le groupe 3 travaillera sur les thèmes 3 et 4: L'établissement et son environnement/ Démarche Qualité »**

LES RESULTATS THEME PAR THEME :

Chapitre 1 : Attente et satisfaction des résidents et famille

ACCUEIL ET ADMISSION :

Points forts
- La pré-admission et l'accueil sont organisés. Existence de procédures formalisées. - Mise en place : -d'une visite au domicile du futur résident, - d'une commission d'admission - Actualisation du livret d'accueil, du règlement intérieur, du contrat de séjour - Dossier administratif du résident informatisé
Points faibles
- Absence d'une enquête de satisfaction sur le cadre de vie proposé par l'institution

DROITS ET LIBERTES :

Points forts
- Mise en place : - d'une Commission des Menus -d'un Conseil de Vie Sociale - d'une CRUQ (procédure de gestion des plaintes et réclamations) - les chambres sont individuelles avec les moyens de communication - formation du personnel sur la maltraitance - personnel sensibilisé à la confidentialité
Points faibles
- Pas de procédure de dépôt d'argent et de valeurs formalisée

RESTAURATION :

Points forts
- Mise en place : - d'une fiche de goûts et dégoûts pour chaque résident -recueil des souhaits lors de la commission d'admission - des plats de remplacement, de la collation du soir - Elaboration d'un protocole pour la prise en charge des personnes dénutries - intervention d'une diététicienne
Points faibles
- Absence d'une enquête de satisfaction sur la restauration

L'ANIMATION :

Points forts
- Présence d'une AMP pour organiser les animations à visée sociale et d'une ergothérapeute pour les animations à visée thérapeutique - Intervention des bénévoles de l'entraide Protestante de Mazamet pour les animations à visée sociale - organisation des veillées de jeux - élaboration d'un projet d'animation
Points faibles
- les animations à visée thérapeutiques sont à développer

<u>Chapitre 2</u> : réponses apportées aux résidents en termes d'autonomie, d'accompagnement et de soins

MAINTIEN DE L'AUTONOMIE :

Points forts
- création d'un plan incliné au niveau du 2ème étage et réhabilitation de 5 chambres - création d'un plan incliné à l'entrée St-Jacques - les travaux de modernisation de l'EHPAD (projet TOURNIER) ont commencé en avril 2009 - pour la prévention des chutes : existence de barres d'appui, sols antidérapants, organisation de l'entretien des circulations
Points faibles
- la signalétique pour les résidents atteints de troubles cognitifs et les mal-voyants

ORGANISATION DES SOINS :

Points forts
- un médecin coordonnateur a été recruté (deux demi-journées par semaine). - une IDE référente a été nommée pour l'EHPAD - informatisation du dossier du résident OSIRIS - élaboration et mise à jour du livret thérapeutique

Points faibles
- les projets de vie individualisés sont à formaliser - les objectifs de soins sont à formaliser - le dossier du résident « version papier » est à améliorer : créer un classeur type, formaliser une procédure d'archivage, améliorer le support papier - sécuriser le circuit du médicament

AIDES ET SOINS SPECIFIQUES

Points forts
- travail réalisé par les groupes pluridisciplinaires sur : - l'incontinence : - les chutes : EPP+ plan d'action+ réunion mensuelle - recrutement d'une psychologue (1 demi-journée par semaine) pour le suivi des résidents
Points faibles
- le temps de la psychologue est insuffisant pour mettre en place des groupes de parole pour le personnel, les familles et les résidents - la prise en charge des résidents atteints de maladie d'Alzheimer et troubles apparentés=> projet C.A.N.T.O.U et formation du personnel - évaluation et prise en charge de la douleur => création d'un CLUD

HOTELLERIE :

Points forts
- Mise en place de la méthode HACCP à la cuisine/ formation du personnel de la cuisine au Plan de Maîtrise Sanitaire - Mise en place de protocoles sur: -l'hygiène des sols et surfaces - la gestion des déchets - la gestion du linge - achat de nouveaux chariots pour le PDJ et le repas (pour le Rec des Auriols) - réalisation d'audits en hygiène
Points faibles
- Absence d'une enquête de satisfaction sur la gestion du linge

LE PERSONNEL :

Points forts
- élaboration d'un livret d'accueil pour les nouveaux agents - élaboration d'un plan annuel de formation
Points faibles
- l'élaboration des fiches métiers est à poursuivre - la réalisation des entretiens individuels du personnel est à poursuivre pour l'ensemble du personnel - la formation du personnel soignant aux gestes de survie est à réaliser en juin 2009 - pas de groupe de paroles avec un psychologue mis en place

Chapitre 3 : L'établissement et son environnement

OUVERTURE VERS L'EXTERIEUR :

Points forts
- différentes convention ont été signées avec : -le CHIC Castres-Mazamet - l'hôpital de LAVAUR - le réseau ACC-COORD 81 - l'Association en Soins palliatifs - possibilité d'hospitalisation avec le SSR de l'établissement
Points faibles
- signer une convention avec l'équipe mobile de gériatrie du CHIC Castres-Mazamet

SECURITE ET MAINTENANCE

Points forts
- la maintenance préventive des installations - la sécurité incendie : le remplacement du SSI, la formation du personnel - des audits en hygiène sont réalisés chaque année avec l'EOH du CHIC Castres-Mazamet - élaboration et mise à jour du Document Unique et d'un plan d'action suivi par le CHSCT

PROJET INSTITUTIONNEL :

Points forts
- Elaboration d'un nouveau projet d'établissement par des groupes pluridisciplinaires.
Points faibles
- une revue annuelle du projet d'établissement n'est pas réalisée

Chapitre 4 : Démarche Qualité

DEMARCHE/METHODE AUTO-EVALUATION/ GESTION DE LA QUALITE :

Points forts
- auto-évaluation réalisée par 3 groupes pluridisciplinaires - politique qualité formalisée dans le Manuel Qualité - création d'un comité COVIRIS pour la coordination des vigilances et des risques - une EPP est réalisée sur la prise en charge du risque de chute et les actions de prévention mises en œuvre - des audits d'hygiène sont réalisés - formation de la qualiticienne par le CRP consulting « Responsable Qualité et gestion des risques en santé » - mise en place de groupes de travail sur les principales thématiques de l'EHPAD - gestion documentaire/ communication des plans d'action - mise en place de fiches de signalement d'incidents

Points faibles
- Absence d'enquêtes de satisfaction auprès des résidents et des familles - Développer le programme d'évaluation - Formation du personnel à la démarche qualité et aux outils - Les groupes de travail sont à redynamiser - Le programme de gestion des risques est à développer(cartographie des risques) - Evaluer chaque année le programme de gestion de la qualité et gestion globale des risques

CONCLUSION *:*

Nous possédons ainsi une base de travail fiable sur laquelle nous allons nous appuyer pour développer les différents projets :

- projet de vie
- projet de soins
- projet d'animation
- projet social

7- PROJET DE VIE

DEFINITION

Le projet de vie c'est **l'expression des prestations que nous proposons aux résidents et à leurs familles :**

- Pour **assurer aux *résidents* le meilleur accomplissement de leur vie personnelle que permettent leur âge et la prise en considération de leurs dépendances.**

- Pour assurer **au *personnel* le meilleur accomplissement de leur vie professionnelle que permettent le développement de leurs compétences et la prise en compte des contraintes de charge de travail.**

Notre projet de vie s'inscrit dans cette problématique de **création de conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles que la personne âgée avait à son domicile**.

Le projet de vie est ainsi la mise en œuvre de toute action facilitant la vie quotidienne des résidents et non une réponse aux impératifs d'organisation de l'établissement. C'est aussi et surtout le souci commun de tous les acteurs de l'association, à savoir les résidents, le personnel, les intervenants extérieurs, les familles et les bénévoles.

BILAN DE L'EXISTANT

7-1/ L'accueil

L'inscription :

Toute personne souhaitant être hébergée dans l'établissement, doit formuler sa demande auprès du Secrétariat Général sur rendez-vous.
Les modalités d'inscription et d'hébergement lui seront alors précisées. Avec son accord, elle sera inscrite sur le registre « liste d'attente ».

Un dossier médical, à compléter par le médecin traitant, est remis pour toute demande urgente. Il sera adressé ultérieurement au médecin coordonnateur.

Actuellement, nous ne pouvons pas accueillir des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade évolué car nous ne possédons pas une unité dédiée. C'est un de nos projets pour les années à venir.

Un courrier confirmant l'inscription est adressé systématiquement. Lorsqu'une chambre se libère et correspond à l'état de santé de la personne, un ou deux membres de la Commission d'Admission prend contact pour la visite de pré-admission.
Après confirmation du dossier médical par le médecin coordonnateur, la secrétaire générale remet au futur résident :

- le livret d'accueil
- la fiche de demande de renseignements
- le contrat de séjour
- le règlement de fonctionnement
- la liste du mobilier et trousseau

et un rendez-vous pour une Commission d'Admission est fixé.

la visite de l'établissement

Après l'entretien préalable, une visite de l'établissement est proposée. Le futur résident a la possibilité, s'il le souhaite, de passer une demi-journée dans notre établissement. Un repas lui sera offert et il pourra participer à l'animation programmée ce jour là.

Ces visites lui permettront de prendre librement la décision de rentrer dans notre Etablissement.

La Commission d'admission

L'admission est prononcée après avis de la Commission d'Admission comprenant le Directeur, le Médecin Coordonnateur, le Vice- Président du Conseil d'Administration, le Président du Conseil de Vie Sociale, l'Infirmier du service de soins, le cadre de santé et le secrétaire général et le psychologue, si nécessaire.

L'Accueil du résident

L'entrée se fait, en début de semaine, de préférence le matin. Le résident est accueilli avec un bouquet de fleurs et une carte de bienvenue qui sont déposés dans sa chambre.

Dès son arrivée, le résident est pris en charge par le personnel soignant et hôtelier. Il sera présenté à tous les résidents lors d'un apéritif de bienvenue dans les jours qui suivent.

Encourager et faciliter les visites des familles

La famille joue un rôle important dans l'amélioration des soins et dans la qualité de vie du résident.

Les résidents peuvent recevoir des visites aux heures qui leur conviennent, à condition de ne gêner ni le service, ni les autres résidents.

Nous avons donc souhaité proposer des endroits agréables pour recevoir des visites : chambres individuelles, grande salle d'activité au sein de l'établissement facilitent les échanges.

Nous proposons aux familles de participer à la vie de l'établissement :

- aux animations
- aux manifestations avec les résidents et leur famille
- possibilité d'inviter des parents ou des amis à déjeuner ou à dîner en prévenant le personnel avec un délai préalable de 48 h dans une salle à manger intime.

Par ailleurs, nous informons régulièrement les familles de l'état de santé et de l'autonomie du résident au sein de l'établissement. Cela permet de les rassurer et de mieux leur faire partager la vie de la personne âgée.

7-2/ La vie quotidienne.

Le respect des droits et libertés :

La volonté des acteurs (directeur et équipe pluridisciplinaire) est de créer un **véritable lieu de vie où les résidents pourront retrouver un équilibre dans leur vie quotidienne**. Pour cela, le projet s'attache à ce que chaque résident **continue de jouir de ses droits et libertés** comme tout autre citoyen : **la charte des droits et libertés de la personne âgée est remise à l'entrée de chaque résident et affichée à l'entrée de la structure.** La personne âgée pourra trouver sa place au sein de la Maison de retraite similairement à une « famille ».

Nous l'avons vu, des espaces privatifs et collectifs seront prévus dans le projet architectural l'établissement afin de faciliter non seulement **la convivialité et la vie en société entre les résidents, mais également les visites des familles et des intervenants externes.**

Le résident a droit au **respect à la dignité et intimité**. Il doit conserver **son droit à l'indépendance et à l'expression**. Il est toujours informé de ce qui le concerne. De même, la personne âgée a **droit à l'intimité** : les toilettes et les soins sont effectués avec la porte fermée, le personnel frappe toujours avant d'entrer et doit attendre que l'on y invite…

L'établissement est également le garant de la **liberté de mouvement** des résidents ; les règles de vie en collectivité ne nécessitant que **l'information de toute sortie afin de** gérer les dispositions relatives aux repas. De même, le résident, peut **s'absenter plusieurs jours, dans la limite cependant d'un mois par an : il lui sera alors fait déduction de ses frais de séjour pour le montant restant correspondant au forfait hôtelier/hospitalier.**

La **relation entre résident et personnel est courtoise et chaleureuse**. A ce titre, l'usage du prénom des résidents, voire d'un surnom affectif, n'est autorisé qu'après l'accord express de ces derniers, le personnel devant conserver impérativement le vouvoiement.

Le fonctionnement de l'établissement a été pensé afin de respecter le rythme de vie adapté à chaque résident avec ses difficultés et handicaps et **une resensibilisation et formation du personnel a été effectuée sur la Charte des Droits et Libertés et son application**.

La chambre

Avant l'entrée d'un nouveau résident, un état des lieux de la chambre est réalisé par la Direction et la chambre est remise en état satisfaisant si nécessaire.

La chambre reproduit une ambiance rappelant la vie de la personne accueillie. Le mobilier fourni par la famille restera à la disposition des héritiers.

Toutes les chambres sont équipées d'un lit électrique à hauteur variable, d'une prise de télévision et de téléphone (sur simple demande et suivant le cas, la ligne personnelle du domicile peut être transférée à la chambre).

Une clé est remise au résident dès que la Commission d'Admission a statué.

Pour des raisons de sécurité, il est interdit de fumer à l'intérieur de l'établissement et tout appareil électrique amené, devra être signalé au secrétariat général et un contrôle sera effectué par un agent du service technique.

L’hygiène corporelle

La toilette :

Pour les horaires de réveil, nous tenons compte, dans la mesure du possible, du rythme de chacun. Les personnes les plus dépendantes sont prises en charge pour la toilette et installées pour prendre le petit déjeuner dans de bonnes conditions.

C’est à l’équipe soignante de s’adapter au lever et aux habitudes des résidents. Le réveil doit être stimulé en douceur et non par un allumage autoritaire des lumières.

L’entrée dans la chambre commence par un bonjour. Si le réveil est difficile, les mots d’accueil, le toucher seront des facteurs apaisants et de bienvenue dans le monde de l’éveil.

L’ensemble des chambres est équipé d’un cabinet de toilette suffisamment vaste pour apporter une aide au moment de la toilette des résidents.

Les arrivées d’eau dans les salles de bain sont mitigées, en accord avec la nouvelle réglementation sur la légionellose, ceci pour éviter tout risque de brûlure.

Pour les résidents les plus dépendants, la toilette est réalisée par une aide-soignante. Certaines personnes, ayant besoin de stimulation, sont accompagnées par l’AMP.

Pour les résidents à mobilité réduite, la toilette est effectuée en binôme aide soignant et les toilettes des résidents en soins palliatifs, sont réalisées en binôme aide-soignant - infirmier.

La toilette est réalisée quotidiennement et les douches sont programmées de façon hebdomadaire. Les résidents les plus autonomes, ont la possibilité de se doucher dans les douches individuelles des chambres ou dans les salles de bain communes dans les couloirs. Il faudra tenir compte des habitudes de vie du résident pour lequel la douche n’était pas la priorité ou absente du domicile.

Pour pallier au manque de temps au moment des toilettes, un atelier esthétique a été mis en place une fois par mois.

Il faut être présent (à portée de voix) si l’aide n’est pas indispensable. Il faut veiller à respecter l’intimité des personnes âgées en fermant systématiquement au moins la porte de la chambre. Les salles de bains sont équipées d’un système d’appel et tout soignant pourra demander de l’aide même si les portes sont fermées.

L’aide apportée doit respectée les principes d’hygiène. Le toucher et la communication dans ce moment d’intimité seront privilégiés et attentionnés.

Pour l'hygiène des ongles, l'établissement fait appel à des pédicures qui interviennent en accord avec les résidents et les familles. Les manucures sont assurées par le personnel soignant.

Un salon de coiffure est à disposition dans la structure. Les résidents ou le personnel soignant doivent prendre rendez-vous auprès d'un coiffeur.
La date et l'heure du rendez-vous sont affichées dans les chambres.

L'habillage :

Après la toilette, les résidents sont habillés en tenue de jour. Les personnes en soins palliatifs restent en tenue de nuit, plus confortable.

Le personnel prend en compte les souhaits des résidents.

Le choix des vêtements est rythmé par le jour de la semaine, les saisons, les sorties, les fêtes. L'implication de l'équipe, des résidents et des familles est conseillée.

Au cours de la journée, la tenue des résidents est changée si nécessaire.

Le linge souillé est enlevé immédiatement et mis dans des sacs à linge sale au nom du résident. Ceux-ci sont relevés régulièrement par les agents du service hôtelier.

Concernant l'habillage, il faut être vigilant sur quelques points précis:

- prévoir des tenues adaptées pour les résidentes en fauteuil roulant
- boutonner tous les boutons
- penser à maintenir les bas
- chausser la personne même si elle ne marche plus

Le marquage de tout le linge personnel est exigé des familles. Le linge est entretenu par un service extérieur de blanchisserie et par notre lingère. En cas de nécessité, la lingère adapte certains vêtements aux besoins des résidents.

Courrier-informations:

Le courrier est distribué lors du déjeuner par le personnel. Pour certains résidents, le courrier est conservé au secrétariat général à la demande des familles. Pour les résidents sous protection juridique, le courrier est expédié au représentant légal.
Une boîte à lettres est à disposition dans le hall d'entrée et le courrier est relevé tous les jours.

Un journal interne « Les Echos du Refuge » est édité une fois par an et un exemplaire est remis à chaque résident.

Les informations concernant la vie dans l'établissement et dans la cité sont affichées.

Chaque semaine, des animations sont prévues, affichées et annoncées régulièrement dans l'établissement. Tout résident est bien entendu libre de participer aux différentes activités en fonction de ses centres d'intérêts et de ses possibilités.

Culte-aumônerie:

Un culte protestant hebdomadaire est assuré par l'équipe pastorale de l'Eglise Réformée de France qui se tient à la disposition des résidents.
Deux fois par an, une messe est célébrée par un prêtre pour les fêtes de Noël et les fêtes de Pâques.
Les résidents ont la faculté de faire appel à un ministre de la religion de leur choix ou à un représentant de leur propre spiritualité.
Le mardi et le vendredi de 15 h à 18 h, l'aumônière se tient à la disposition des résidents, des familles et éventuellement du personnel.

Les sorties:

Les résidents sont libres d'aller et de venir à leur convenance pendant la journée sauf contre indications pour la sécurité du résident.

Les résidents peuvent recevoir librement leurs visiteurs au cours de la journée. Les sorties sont libres pendant les heures d'ouverture des portails extérieurs. En dehors de cette plage horaire et pour des raisons de sécurité, le résident devra avertir de l'heure de sortie ou d'entrée dans l'établissement.

7-3/ Projets de vie individuels :

Les projets de vie et de soins précisent les moyens que l'établissement met en œuvre pour répondre à une prise en charge individualisée : écoute de la personne âgée et de ses besoins, du choix des loisirs, de l'indépendance...

Le projet de vie individualisé pour les résidents autonomes pourra être abordé au moment de la Commission d'admission.
Dans tous les cas, il sera discuté et abordé avec l'équipe au moment des soins où se crée une relation privilégiée avec le résident.

Les objectifs fixés, en équipe, devront être simples et réalistes, pour permettre, au résident, malgré ses handicaps, de vivre dans la dignité, le confort, en privilégiant des petits plaisirs où des moments précis de la journée lui sont chers (visite d'un parent, partie de belote, feuilleton,…)

LES AXES D'AMELIORATION POUR 2009-2014

Objectifs opérationnels
accueillir des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade évolué
projet d'humanisation des chambres, difficilement accessibles
renforcer la sécurité incendie
respect des habitudes du résident
assurer une prise en charge individualisée
élaborer les projets de vie individuels articulés avec les plans de soins infirmiers individualisés.

Plan d'action
création d'un secteur fermé C.A.N.T.O.U
création d'un secteur TOURNIER avec chambres accessibles pour personnes à mobilité réduite et toutes les chambres seront équipées d'une douche.
prévoir des espaces privatifs et collectifs dans le projet architectural
effectuer un contrôle, par le service technique, de tout appareil électrique amené par le résident.
tenir compte des habitudes de vie du résident pour lequel la douche n'était pas la priorité ou absente du domicile
mettre en place un référent soignant pour 8 résidents qui réaliserait le recueil des habitudes de vie, des goûts, des plaisirs des résidents dont il s'occupe, ce qu'il aimerait faire
mettre en place une fiche qui recenserait toutes ces données abordant en particulier tout ce qui concerne les goûts et désirs du résident.
faire le bilan sur tous les recueils des référents en équipe pluridisciplinaire, tous les 15 jours, les semaines impaires, le jeudi après-midi de 16h à 17h afin d'aboutir à un écrit de synthèse à faire signer par le résident et la famille.

8- PROJET DE SOINS

Actuellement, le Refuge Protestant de Mazamet est constitué de plusieurs entités cf plan ci-joint) :

- le SSR
- la maison de retraite devenue EHPAD depuis 0ctobre 2004 elle-même composée de plusieurs parties en particulier :

  - **Saint- Jacques** qui correspond à la partie historique, à côté de la salle de vie et du bureau des soignants

  - **les « carrés »** composés de 4 chambres desservies par des escaliers sur 3 niveaux avec salle de bains sur le palier. A terme, tous les résidentsde cette unité devraient être transférée dans les nouvelles chambres de l'extension TOURNIER.

  - **le Rec des Auriols.** Cette unité est excentrée par rapport à la partie principale de Saint Jacques puisque le SSR et les bureaux les séparent. Elle regroupait des personnes, au départ, valides. 2 ASH assuraient principalement le service. Mais devant, la perte d'autonomie des résidents, une AS et l'IDE se détachent de plus en plus pour assurer les soins. Auparavant, lorsqu'un résident a présenté des troubles du comportement dans cette partie, il était transféré dans l'autre partie de l'EHPAD côté Saint Jacques.

  - **les résidences** avec des résidents autonomes pour les actes de la vie quotidienne, elles même divisées en 2 parties Rec des Auriols et Saint Jacques. Les résidents du Rec des Auriols prennent leur repas dans la salle à manger commune avec les résidents EHPAD Rec des Auriols.

Depuis quelques années, l'établissement est confronté aux troubles du comportement de personnes âgées atteintes de démence ce qui est nouveau pour les résidents, le personnel soignant et les instances.
Les résidents entraient, beaucoup plus jeunes avant au REFUGE, qu'actuellement. Maintenant c'est en moyenne aux alentours de 90 ans que les résidents entrent et ils présentent presque tous des troubles cognitifs. Par ailleurs, ceux qui résident depuis de nombreuses années dans la structure, vieillissent (moyenne d'âge 90 ans) et peuvent présenter des troubles du comportement.

La structure, avec la proximité du service SSR, est ouverte et possède de nombreuses sorties sur l'extérieur. Elle ne comporte aucune partie sécurisée dans la journée[1], protégeant les résidents fugueurs ou déambulants.

Le projet de soin est un document consensuel auquel adhère l'ensemble du personnel soignant au sein de l'EHPAD. Il sert de référence à la réflexion soignante en terme d'évolutivité des méthodes utilisées et des conceptions. Il prend en compte les besoins relatifs à l'état de santé, les besoins relatifs à l'état de dépendance physique et mentale. C'est un outil dynamique qui doit à tout moment être réévalué.
Il rejoint et complète le projet de vie mis en place dans l'établissement.

LA POLITIQUE DE SOINS

La politique de soins s'articule autour des six axes suivants :

- la formation initiale et continue de tous les acteurs du soin gériatrique avec le soutien psychologique de l'équipe

- l'accès aux soins des résidents, la continuité des soins, l'urgence médicale avec l'organisation des soins

- la prévention

- la stimulation par toute l'équipe

- Les projets de soins personnalisés

- l'accompagnement de la fin de vie

- la prise en charge des personnes âgées atteintes de démence

8-1/ L'accès des résidents aux soins

Les acteurs de soins et leurs missions

Le projet de soins garantit à chaque résident la prise en compte de sa dépendance et l'accès à des soins de qualité.

Les médecins traitants et spécialistes :
Les soins médicaux sont assurés par le médecin traitant. Si le résident n'en a pas, on lui donnera les coordonnées des médecins intervenants sur la structure.

D'autres intervenants seront consultés (dentistes, ophtalmologistes, ORL, spécialistes locaux sur la ville ou au CHIC CASTRES- MAZAMET, clinique du SIDOBRE, kinésithérapeutes, podologues, biologistes, radiologues….).

Le médecin coordonnateur :
Le médecin coordonnateur, travaille en relation avec le médecin traitant. Il veille à ce que les besoins des résidents correspondent aux possibilités de l'EHPAD, et que ceux-ci soient accueillis ou transférés dans une unité adéquate. Il participe à l'élaboration du projet de soin, veille à la permanence des soins, participe à l'évaluation des soins, à la formation des agents à la gérontologie. Il établit un rapport médical annuel et développe les complémentarités entre la structure et les autres acteurs du soin médical ou médico-social.

L'équipe soignante:
Les soins prescrits sont effectués par l'équipe soignante, pilotée par le cadre de santé et l'IDE référente. L'IDE anime l'équipe, veille à l'implication des agents, veille à ce que la lisibilité des actions entreprises soit claire de façon à en faciliter l'évaluation.
Les transmissions entre membres de l'équipe soignante relèvent, comme pour les médecins, du secret médical vis-à-vis de l'extérieur et du secret partagé en interne.

La continuité des soins

La continuité des soins est assurée par l'équipe soignante de l'établissement : cadre de santé, IDE référente, IDE, AS, AMP, psychologue, ergothérapeute, diététicienne, ambulanciers. Elle adhère aux projets de soins personnalisés et aux projets de vie.

Le dossier médical contient les données ayant trait à la dépendance (grille AGGIR), aux ATCD, aux troubles actuels (observation médicale, grille PATHOS) et aux moyens pour y remédier. Il garde une trace de la commission d'admission, l'évaluation des premiers besoins, les principaux évènements pathologiques, les examens complémentaires, des diagrammes d'action de soins ainsi que le courrier de spécialistes. Il renseigne rapidement un médecin intervenant dans l'urgence. Depuis peu informatisé, le dossier papier reste encore en place pour les médecins réfractaires à l'informatique.

Le dossier de soins mentionne la liste quotidienne des médicaments, des injections et des soins locaux. Il porte trace des transmissions et des projets personnalisés. Des transmissions orales ont lieu chaque jour aux changements d'équipe et une réunion de synthèse, autour du médecin coordonnateur, a lieu 1 fois par semaine pour élaborer des projets spécifiques, pour en évaluer les résultats et assurer le suivi médical.
Des transmissions écrites sont inscrites quotidiennement sur le dossier informatisé du résident par chaque acteur des soins.

Dispensation médicamenteuse

Les médicaments prescrits sont délivrés par la pharmacienne. L'établissement possède une pharmacie à usage intérieur. La liste des spécialités disponibles est mentionnée dans un livret thérapeutique mis à jour.

Urgences médicales

En cas d'urgence, l'IDE fait appel au médecin traitant, au médecin de garde (en cas d'absence du médecin traitant) de 20h à minuit en semaine ou de 8h à minuit le DIMANCHE. Elle fait appel au 15 de MINUIT à 6 h du matin.
Une trousse d'urgence est disponible en cas d'urgence et le résident peut être transféré dans une structure appropriée. La nuit et le WE, le 15 gère les ambulanciers en fonction de leur garde. Le jour, le résident choisit l'ambulancier de son choix.

8-2/ La formation initiale et continue

Le travail en milieu gériatrique, parmi des résidents présentant des affections chroniques, des situations palliatives et des troubles cognitifs sévères entraîne une pénibilité susceptible d'influer sur les équipes. Celles-ci peuvent l'exprimer au cours du staff hebdomadaire, auprès de la psychologue attachée au service.

En plus de la formation interne confiée aux médecins ou au cadre de santé, tous les agents bénéficient d'une formation orientée vers la prise en charge gérontologique et allant dans le sens de la démarche de qualité (cf plan de formation).

8-3/ La prévention

Du fait du vieillissement de la population en institution gériatrique, les résidents présentent tous à des degrés différents, une fragilité. La prévention est donc un axe de réflexion primordial dans ce projet de soin. Elle porte sur :

La prévention des troubles sensoriels :

Les lunettes et les prothèses auditives sont souvent négligées par les personnes âgées dépendantes et leur entourage, surtout lorsqu'elles souffrent de troubles cognitifs. Pourtant, elles sont essentielles au maintien de la vie relationnelle et personnelle.

Pour prévenir ces troubles :

Au quotidien :

- repérage des baisses auditives par l'équipe et information transmise au médecin
- observations de l'évolution du résident dans diverses activités
- maintien d'une activité sociale (animation)

D'autres actions seront mises en place.

Objectifs opérationnels
prévenir ces troubles dès l'admission
repérage de ces troubles au quotidien

Plan d'action
Demander systématiquement à l'admission, un bilan ORL, ophtalmologique, de l'état bucco-dentaire
programmer une consultation chez un spécialiste quelques temps après l'entrée du résident (si la dernière consultation remonte à plus d'un an)
mettre en place une fiche de suivi sensoriel
un bilan ORL sera pratiqué dès que le résident présentera des difficultés
faire figurer dans le dossier de soins infirmiers, la bonne utilisation des aides sensorielles
une fois par an, faire contrôler les appareillages et les lunettes
appel d'un audioprothésiste pour informer le personnel sur l'entretien des prothèses auditives

La prévention des troubles nutritionnels et de la déshydratation:

Nous avons la chance de disposer au sein de notre établissement d'une cuisine traditionnelle alliant savoir-faire et savoir-être. Cet atout recueille nombreux succès et contentements, notamment de la part des résidents et des familles (une attention particulière est également accordée sur la fabrication des repas mixés à base d'aliments frais et variés).

Une réflexion récurrente sur les besoins nutritionnels et sur la présentation des repas est menée avec les professionnels concernés et les membres de la Commission des Menus, pour promouvoir le rôle central de l'alimentation (solide et liquide) en terme de convivialité mais aussi en terme de prévention.

Objectifs opérationnels
Favoriser la coordination de l'ensemble des acteurs du soin nutritionnel
Associer la fonction restauration à la stratégie de prise en charge nutritionnelle

Plan d'action
Création d'outils de dépistage et de prise en charge de la dénutrition
Une surveillance mensuelle du poids de chaque résident
mettre en place une fiche de surveillance de l'alimentation avec le chef cuisinier et la diététicienne sur 3 jours pour supplémenter l'alimentation en protéines des résidents le nécessitant.
Réactualisation et formalisation de protocoles sur la prise en charge de pathologies et /ou troubles spécifiques (constipation, diarrhée, déshydratation…)
Participation des référents restauration identifiés (unité et restauration) à la commission mensuelle des menus
En cas de canicule : établir un recensement des personnes à risques avec l'établissement de listes de niveaux de surveillance (cf PLAN BLEU).

La prévention des chutes :

La chute du sujet âgé est un des symptômes gériatriques qui amènent de nombreux questionnements, tant par sa fréquence que par ses conséquences physiques et/ou psychologiques.
De plus, les chutes représentant une part importante des déclarations d'évènements indésirables dans l'établissement (évènement sentinelle), il a donc été décidé de mener ***une évaluation des pratiques professionnelles sur la prise en charge du risque de chute et les actions mises en œuvre*** qui a permis de définir des objectifs d'amélioration portant sur : la prévention, le signalement et les paramètres à l'origine des chutes.

Objectifs opérationnels
A l'admission, dépistage des résidents à risque de chute
Suivre les chutes et mettre en place des actions de prévention

Plan d'action
A l'admission, réaliser une évaluation systématique du risque de chute, à l'aide d'un test (appui unipodal, get-up and go) par le médecin coordonnateur pour chaque nouveau résident.
réaliser une traçabilité des chutes de chaque résident avec une échelle de criticité. Les objectifs étant de repérer les facteurs de risques, les personnes à haut risque.
réaliser un bilan des chutes mensuel en équipe pluridisciplinaire (autour du médecin coordonnateur) ainsi qu'une analyse concernant les risques afin de réfléchir à des actions ciblées à mettre en place évitant toute récidive de chute: sensibilisation/éducation du résident, possible intervention de l'ergothérapeute et d'un kinésithérapeute, évaluation et prise en charge médicale….

Dans le cadre de la gestion globale des risques, un bilan sera présenté et discuté lors des réunions de la CRUQ et du COVIRIS (trois fois par an).

La prévention de la régression locomotrice et la prévention des escarres :

L'apparition d'escarres a été identifiée comme une situation à risque chez les résidents de l'EHPAD du fait de l'âge, des pathologies et/ou de la perte d'autonomie. Aussi, un groupe pluridisciplinaire « ESCARRES » a été mis en place depuis 2003. Ce groupe a établi des protocoles de prévention et de traitement des escarres.
Bien que le nombre de résidents avec escarres soit peu important, la prise en charge du risque d'escarre est devenue une préoccupation des équipes soignantes.

L'ensemble des agents, de soins ou d'animation, veille à la mobilité des résidents et des projets spécifiques de stimulation sont élaborés en équipe. Des kinésithérapeutes, choisis par le résident ou sa famille, interviendront au sein de l'établissement.

Objectifs opérationnels
A l'admission, dépistage des résidents à risque d'escarres
Suivre les escarres et mettre en place des actions de prévention

Plan d'action
A l'admission, évaluer le risque d'escarre, par l'échelle NORTON.
réaliser une enquête d'incidence « sur la prise en charge des escarres » sur une période d'une année en cas d'apparition d'escarres. Cette enquête permettra dévaluer le nombre d'escarres, de rechercher les étiologies, d'adapter un traitement efficace et d'évaluer l'application des protocoles afin d'améliorer la prise en charge.

La prévention des anomalies d'élimination urinaire et fécale :

Un groupe pluridisciplinaire « INCONTINENCE» a été mis en place depuis 2003. Ce groupe a établi des protocoles de prévention et de prise en charge de l'incontinence urinaire et fécale.

Toutes les actions susceptibles de favoriser la continence sont mises œuvres en particulier faciliter le repérage des toilettes, leurs accès, éviter les « couches d'accueil », favoriser la continence conduite (tous les résidents sont conduits aux toilettes plusieurs fois par jour), lutter contre la constipation. L'état du transit digestif sera mentionné sur un diagramme d'action.

Objectifs opérationnels
Le choix des palliatifs urinaires fait l'objet d'une décision d'équipe en fonction du type d'incontinence.
réaliser la commande des palliatifs 1 fois par semaine avec un logiciel spécifique.

Plan d'action
réaliser en équipe, une fiche d'évaluation sur 3 jours : noter l'heure de la pose du change, évaluer sa saturation ainsi que la taille et l'absorption. En fonction des résultats de la fiche d'évaluation, un membre du groupe « INCONTINENCE » avec l'équipe fait le choix des palliatifs et l'inscrit sur la fiche de dotation
afficher un plan de dotation de palliatifs afin que chaque membre de l'équipe puisse respecter les horaires des changes et le type de palliatif.
Une fois par an, organiser une actualisation des connaissances des nouveaux produits absorbants avec l'infirmière de la société avec laquelle l'établissement a passé un contrat.

L'équipe est à l'écoute de la souffrance physique et morale :

Une évaluation de la douleur physique est réalisée par une échelle verbale ou comportementale. Actuellement l'évaluation de la douleur est notée dans le dossier informatisé du résident.
En cas de troubles psychiatriques plus lourds, une convention a été signée avec le centre psychiatrique de LAVAUR.

Objectifs opérationnels
Repérage des symptômes douloureux
Evaluation de la douleur
Optimisation du suivi de la douleur physique et/ou psychique

Plan d'action
travailler une fiche de suivi et de surveillance du résident douloureux avec l'appui du CLUD. Cette fiche sera transmise au médecin responsable du traitement.
programmer au 1er trimestre 2010, une évaluation des pratiques professionnelles sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur sera programmée.
mettre en place, pour les résidents en difficultés psychologiques, un entretien avec la psychologue attachée à l'établissement.

La prévention vaccinale et nosocomiale :

La vaccination contre la grippe, le tétanos et le pneumocoque chez les résidents fragilisés, est effectuée en l'absence de contre-indication. La vaccination contre la grippe est pratiquée entre le 15.10 et 15.11 de chaque année.
Le vaccin anti-pneumococcique est réalisé tous les 5 ans sur prescription médicale. Les dates figureront dans le dossier informatisé.
Des formations à l'hygiène et des évaluations de l'application des protocoles sont mises en place.

Objectifs opérationnels
Poursuivre la maitrise globale du risque infectieux
Respecter les bonnes pratiques d'hygiène
Maintenir la collaboration avec l'EOH

Plan d'action
Suivre le programme annuel du CLIN
Formaliser et /ou actualiser les procédures et protocoles de surveillance et prévention du risque infectieux
Réaliser des audits ..
mettre dans OSIRIS, les dates du dernier vaccin anti-pneumococcique

La prévention de l'isolement relationnel et de ses conséquences psychologiques.

Les mesures, concernant la place de l'alimentation, de la locomotion, de l'entretien sensoriel, le maintien du bien-être physique et mental, contribuent à prévenir l'isolement et ses conséquences néfastes.
L'accueil des familles, l'animation et le projet de vie en général contribuent à préserver les liens avec les résidents.

Objectifs opérationnels
maintenir le bien-être physique et mental des résidents

Plan d'action
mettre en place des activités à visées thérapeutiques
améliorer le bien-être psychoaffectif des résidents avec l'aide de la psychologue

La prévention de la maltraitance :

La maltraitance est multifactorielle. Elle peut prendre une forme active ou passive, son origine peut-être humaine (agents, familles, résidents), environnementale ou sociale. Elle est prise en compte dans le projet de vie de l'établissement et par le projet de soins (personnalisation de la prise en charge). Le cas particulier de la contention, parfois

nécessaire mais parfois mal traitante) est évaluée en équipe, avec la famille et répond à un justificatif médical et à une prescription médicale.
Une formation organisée par l'association ALMA 81 ***sur les risques de maltraitance de la personne vulnérable*** a été programmée sur 2 ans (en 2006 et 2007) pour le personnel de l'EHPAD.

Des affiches sur la maltraitance sont mises à la vue des résidents et des familles dans la salle de vie de l'EHPAD.

L'équipe s'interroge souvent entre la notion de stimulation et celle de maltraitance. La maltraitance étant une notion subjective, le personnel doit pouvoir verbaliser ses difficultés envers un résident (et vice-versa).
Toute difficulté relationnelle peut être abordée en réunion de synthèse le vendredi matin, en présence de la psychologue.

Objectifs opérationnels
Promouvoir la Bientraitance

Plan d'action
formation du personnel
réaliser un audit et mettre en œuvre des actions d'amélioration
réaliser une charte de BIENTRAITANCE

8-4/ La stimulation du résident

La stimulation est bien différente de la maltraitance. C'est une incitation, un encouragement.

L'objectif de l'équipe est de n'avoir aucun résident alité.

La stimulation des différents besoins :

Boire et manger:

Objectifs opérationnels
répondre aux besoins et attentes des résidents
stimulation à la boisson

Plan d'action
proposer un menu de remplacement en fonction des fiches de goûts et de dégoûts remplies à l'entrée
inciter la personne à manger seule en l'encourageant.
personnaliser l'aide à la prise des repas
Après chaque soin, proposer un verre d'eau au résident.

Eliminer:

Objectifs opérationnels
maintenir la continence urinaire et fécale

Plan d'action
programmer dans la journée, de nombreux passages aux toilettes et changes de palliatifs
mettre en œuvre toutes les actions susceptibles de favoriser la continence
quand la pose d'un palliatif est nécessaire, une réévaluation est réalisée, par le personnel lors de la réunion d'équipe le vendredi.

Se mouvoir et maintenir une bonne posture :

Sauf résident en fin de vie, tous les résidents sont levés le matin au fauteuil.

Objectifs opérationnels
maintenir l'autonomie locomotrice.

Plan d'action
tout mettre en œuvre pour maintenir des plages pour faire marcher le résident avec le personnel, les kinésithérapeutes ou la famille.
apporter des aides techniques (déambulateur, canne…) afin de faciliter l'autonomie du résident.
lorsqu'une contention est indispensable et prescrite par le médecin traitant, à défaut par le médecin coordonnateur : mettre en place une fiche de suivie et la réévaluer et informer les familles, le résident et/ou à son représentant légal

Etre propre, se vêtir, se dévêtir :

Objectifs opérationnels
laisser faire aux résidents tout ce qu'il peut faire seul tout en l'encourageant et le félicitant

Plan d'action
doucher tous les résidents une fois par semaine
prendre en compte les souhaits des résidents pour les habiller
suppléer à ce que le résident ne peut plus faire.

Les résidents les plus autonomes, ont la possibilité de se doucher dans les douches individuelles des chambres ou dans les salles de bain communes sur les paliers.

Après la toilette, tous les résidents sont habillés en tenue de jour, en prenant en compte les souhaits des résidents. Le personnel laisse faire, au résident, tout ce qu'il peut même si ce n'est que boutonner sa chemise.

La stimulation du potentiel intellectuel, physique, et relationnel

Tout en respectant les temps de repos des résidents, l'équipe incite les résidents à participer aux différentes animations proposées afin d'éviter l'isolement socio-familial, l'enfermement, le repli sur soi.
Les différentes animations sont encadrées par des bénévoles et l'animatrice. En leurs absences, l'équipe soignante prend le relais.

Objectifs opérationnels
organiser deux animations à visée thérapeutique : un groupe pour les résidents dont 18<MMS<24 et un groupe pour résidents dont 13<MMS<17
développer la curiosité intellectuelle des résidents:

Plan d'action
travailler la compréhension, l'écriture et la mémoire
travailler la mémoire épisodique de la personne âgée, mémoire des faits anciens de sa vie
proposer des activités à visées sociales : - internes à la structure - ouvertes vers l'extérieur - en rapport avec l'estime de soi

8-5/ Les projets de soins personnalisés

Les projets de soins personnalisés seront élaborés à partir des démarches de soins réalisées en équipe pluridisciplinaire.

L'équipe établit le recueil des données du résident en fonction des 14 Besoins Fondamentaux de Virginia Handerson. En fonction des besoins perturbés, un diagnostic infirmier est établi dans lequel sont fixés des objectifs à court, moyen et/ou long terme ainsi que les actions, les délais et l'évaluation.

Dans un premier temps, les démarches de soins ne sont réalisées que pour certains résidents pour lesquels des interrogations ont été soulevées lors des réunions de synthèse le vendredi. L'objectif est de les étendre à l'ensemble des résidents.

Objectifs opérationnels
poursuivre l'élaboration des projets de soins personnalisés

Plan d'action
redynamiser les démarches de soins : les réaliser tous les 15 jours, le jeudi après-midi de 16h à 17h en équipe les semaines paires (et les projets de vie individualisés, les semaines impaires).
réaliser les projets de soins pour l'ensemble des résidents

8-6/ L'accompagnement de la fin de vie

La prise en compte des souhaits et de l'accueil de la famille sont prioritaires.

Dans cette optique, des formations spécifiques ont été impulsées, des agents ont participé au groupe de travail mis en place depuis 2003.

Objectifs opérationnels
Accompagnement individuel du résident en contrôlant sa douleur physique ou morale et les autres symptômes liés à sa maladie

Plan d'action
créer un CLUD élargi aux médecins traitants et autres EHPAD afin d'harmoniser nos pratiques professionnelles et de mettre en place des prescriptions anticipées.
poursuivre la formation du personnel

8-7/ La prise en charge des personnes âgées atteintes de démence

Nous pensons qu'il est souhaitable d'accompagner les résidents au maximum, qu'il est souvent difficile aux familles de trouver une autre structure pour leurs parents atteints de démence.

Objectifs opérationnels
éviter les transferts pour réaliser bilan cognitif entraînant une détérioration du comportement des résidents
accueillir résidents atteints de démence compliquée documentée, souffrant de symptômes psycho-comportementaux dont la sévérité et la persistance compromettent la qualité de vie du résident dans une unité de soins spécifique
assurer la formation du personnel soignant pour la prise en charge des personnes âgées atteintes de démence
assurer la continuité ses soins la nuit par la présence d'un soignant au sein de l'EHPAD
accompagnement personnalisé de vie et de soins
réflexion sur le plan éthique, en cas de démence évoluée, sur le recours à une sonde naso-gastrique ou gastrostomie
éviter la iatrogénie chez le patient dément

Plan d'action
signer une convention avec l'équipe mobile gériatrique du CHIC Castres-Mazamet afin qu'elle se déplace pour faire les bilans cognitifs des résidents dans l'établissement.
créer une unité de soins spécifique (qui doit favoriser l'orientation, la sécurité, l'intimité, la régulation, la qualité de la stimulation, la personnalisation et les contacts sociaux.)
formation des soignants: à l'utilisation des outils d'évaluation gériatrique, aux stratégies non pharmacologiques de gestion des symptômes psycho-comportementaux et au soutien des familles
inscrire au plan de formation, la formation d'assistant de soins en gérontologie (pour les AS/AMP et ASH)
mettre en place des réunions d'équipes animées par le médecin coordonnateur ainsi que discussions sur des cas difficiles, avec l'aide d'un professionnel extérieur
recruter une ASH de nuit
intervention d'un art-thérapeute
accompagnement s'intègre dans le projet de vie de la personne au sein de l'établissement ; il devra préciser : - le rythme de vie de la personne, y compris la nuit - les habitudes de vie lors des repas, de la toilette, des sorties… - les activités thérapeutiques qui lui sont nécessaires - les évènements à signaler à la famille - la surveillance de l'état de santé : poids, comorbidité et problèmes de santé intercurrents, effets indésirables des médicaments
réévaluer régulièrement et adapter le projet personnalisé en fonction des besoins de la personne sous la responsabilité du médecin coordonnateur en lien avec l'infirmière référente.
appel du médecin traitant systématique face à l'agressivité, le risque de fugue, l'agitation et l'anxiété majeure
établir une liste des médicaments à éviter et calculer systématiquement le calcul de la clairance de la créatinine.

9- PROJET D’ANIMATION

L'animation au sein d'une maison de retraite permet aux résidents de se réaliser, d'être actifs, de se sentir capables, d'évoluer dans certains domaines ou tout au moins de conserver le plus longtemps possibles certains acquis.
Pour ce faire, nous proposons diverses activités :

- activités à visées sociales internes à la structure
- activités à visées sociales ouvertes vers l'extérieur
- activités en rapport avec l'estime de soi
- activités à visées thérapeutiques

BILAN DE L'EXISTANT

9-1/ L'encadrement des animations :

Un professionnel Aide Médico Psychologique a été formé et est actuellement en poste à 1/3 temps sur l'animation proprement dite. A ce jour, il s'occupe essentiellement de certaines activités à visées sociales et en rapport avec l'estime de soi. Il travaille également en relation avec la secrétaire générale pour la programmation des animations, la prise de contact avec des intervenants extérieurs.
Une équipe de bénévoles de ***l'association protestante d'Entraide et d'Education de Mazamet et alentour***s anime différentes activités de façon régulière avec la présence d'un membre du personnel.
Une convention de collaboration a été signée avec cette association afin de fixer les conditions et les modalités dans lesquelles les deux parties collaborent aux diverses activités d'animation à visée sociale interne et externe, ainsi qu'aux visites et au soutien des patients et des résidents de l'établissement.

Une ergothérapeute intervient chaque semaine dans le domaine des activités à visées thérapeutiques.

9-2/ La programmation des animations :

La programmation des animations est réalisée sur l'année scolaire pour tenir compte des disponibilités des écoles, lycées et des interventions des bénévoles pas toujours présents aux mois de juillet et d'août.

Au mois de mai, une réunion d'équipe avec l'AMP, la secrétaire générale et le responsable bénévole de chaque activité se déroule pour faire un point. Chaque intervenant fait par de ses besoins (en matériel, en personnel, en disposition de salle…), confirme le maintien de son activité avec les jours d'intervention. L'AMP propose des animations exceptionnelles pour lesquelles les bénévoles sont sollicités pour accompagner.

Au cours du mois de juin, l'AMP met sur papier le programme pour l'année, ce dernier est ensuite distribué à chaque bénévole.

Il peut arriver que certaines animations soient déplacées, annulées ou modifiées pour une programmation exceptionnelle, un imprévu ou en cas d'intempérie.

9-3/ L'évaluation des animations :

Afin de pouvoir suivre l'évolution des animations ainsi que l'investissement des résidents, une fiche d'évaluation a été créée.
Cette dernière est remplie à chaque fin d'activité par l'animateur. Elle identifie le nombre de personnes présentes et l'ambiance de l'animation.
Un tableau de suivi des animations a également été mis en place. Il a pour principe de répertorier pour chaque résident l'ensemble des activités auxquelles ce dernier participe. Ainsi, il permet d'identifier les préférences de chacun.
Une évaluation permettra de dégager à moyen terme des objectifs d'animation à la fois collectifs mais également individuels.

Des fiches d'animation seront élaborées, par l'AMP, et proposées comme outil de guidance pour les bénévoles. Ces fiches préciseront notamment :
- l'aménagement de la salle,
- le matériel nécessaire,
- la population pour laquelle l'activité est adaptée,
- les principes de l'activité (fonctionnement, consignes, variantes, encadrement/accompagnement, etc…)
- les axes d'évaluation.

9-4/ La communication des animations :

Un compte rendu annuel des animations réalisé à partir des fiches d'évaluation est présenté en Conseil de Vie Sociale par l'AMP.
Des articles relatant les activités de l'année sont insérés dans les Echos du Refuge créé depuis 1994. Cette revue est ensuite distribuée :

- aux adhérents de l'association
- aux futurs résidents et familles
- aux résidents ….

Toutes les animations paraissent dans la presse locale et dans la revue ENSEMBLE.

9-5/ Le budget animation :

Annuellement une grille de préparation budgétaire détaillant les investissements en matériel et les frais de fonctionnement est à compléter et à remettre à la direction pour accord.
Les achats sont effectués après validation d'un bon de commande par la direction.

9-6/ Les animations à visées sociales :

Le principe : Les activités sont proposées à l'ensemble des résidents par la distribution individuelle d'un programme d'animation chaque semaine. Tous les jours, le personnel passe dans les chambres des résidents les plus dépendants pour leur rappeler l'animation et les y accompagner si nécessaire. Les résidents sont libres de participer.
La variété des animations permet à chacun de se réaliser selon ses désirs, ses envies.

Les différentes animations sont encadrées par des bénévoles et l'Aide-Médico-Psychologique (AMP). En leurs absences, l'équipe soignante prend le relais.

Il se développe au sein des groupes : communication, échanges, entraide, soutien, convivialité, stimulation. Ces divers éléments interagissent sur la vie en collectivité.
La programmation régulière (activités hebdomadaires, bimensuelles, mensuelles…, à jour, à horaires et en lieu fixes) favorise l'orientation temporelle et spatiale.

Activités internes à la structure

Les activités existantes à ce jour :

Culturelles : conférence-diapositives, lecture, concerts …
Ces animations sont programmées pour permettre aux résidents de développer leur curiosité intellectuelle en prenant connaissance des récits de voyages, de documentaires.

Ludiques : lotos, jeux de sociétés…
Ces moments récréatifs permettent en même temps un travail de mémoire pour se souvenir des chiffres, des règles de jeux.

Physiques : mobilisation corporelle
Actuellement, ces activités sont proposées à l'ensemble des résidents. L'objectif est de maintenir la mobilité des articulations, un minimum de musculature, de réaliser un travail sur la respiration au moment de l'effort, de détendre les différentes parties du corps.

Activités de plein air : pétanque, jardinage
Des activités « ancienne » bien connues et appréciées des résidents.
Par ce biais, les participants développent une gestuelle minutieuse, des notions de responsabilisation pour l'entretien du jardin (arrosage, désherbage…), de convivialité.

Artistiques : chorale des résidents, travaux manuels, activité tricot, poterie
Par le biais de ces activités, les résidents peuvent retrouver des loisirs qu'ils pratiquaient au sein d'associations avant leur entrée en structure ou les découvrir.
La chorale se produit à l'occasion d'anniversaires, de rencontre avec des enfants, de repas…
Les réalisations artistiques sont toujours programmées dans un but bien précis pour que les résidents se sentent utiles : les travaux manuels servent de cadeaux pour les enfants des écoles que nous recevons, pour une vente d'objets organisée au sein de la structure une fois par an ; l'atelier tricot permet la confection de layettes, de chaussons, de couvertures pour envoyer dans des maternités en Afrique.

Mnésiques : Scrabble, initiation au scrabble, mots fléchés, rédaction d'articles de journaux (les Echos du Refuge), ateliers mémoire, réalisation d'expositions …
Ces animations ont pour but de stimuler les mémoires des résidents. Soit dans un travail actuel avec les mots fléchés, le scrabble et l'initiation qui a été mise en place pour permettre aux novices d'apprendre les rudiments du jeu sur un support grand format pour que les malvoyants puissent également participer.
Soit par une stimulation de la mémoire ancienne avec la réalisation d'expositions portant sur des thèmes anciens : le délainage, la traite des vaches, Noël autrefois … Ces expositions sont réalisées afin d'être présentées à des enfants, adolescents d'écoles, de lycées voisins et aux familles.

Spirituelles : le culte, la messe, les récits bibliques, la veillée de Noël permettent à chacun de se réaliser selon ses croyances et ses valeurs.

Festives : apéritifs de bienvenue, anniversaires, goûter de Noël, ateliers cuisine à thème : les châtaignes, la chandeleur … sont très appréciés des résidents qui retrouvent là des occasions de convivialité, d'ambiance joyeuse, de bon temps.

Activités ouvertes vers l'extérieur

En lien avec des personnes extérieures à la structure :
la correspondance inter générations : régulièrement, les résidents reçoivent du courrier d'enfants d'écoles, de Maison de la Jeunesse et de la Culture auquel ils répondent en groupe. Cette activité a abouti l'an passé à l'impression d'une histoire écrite par les résidents et illustrée par les enfants ;
les rencontres avec les enfants d'écoles, de lycées, de garderies pour des activités communes : le chant, la réalisation et la dégustation de mets, le travail sur des enquêtes à l'initiative des enfants …
les veillées jeux proposées une fois par mois au sein de l'établissement avec des membres des familles des résidents, du personnel bénévole avec leurs enfants.
L'objectif de ces activités est la mise en relation des résidents avec des personnes diverses, extérieures à la structure afin de créer de nouveaux liens.

Culturelles et gastronomiques : des repas au restaurant sont programmés, la participation à des spectacles de chant, de danse, de théâtre sont proposés, les résidents sont également accompagnés pour assister à des animations programmées dans la ville (marché de Noël, les Floriales, les Fanfares sans Frontières). Par ces actions, les résidents conservent des liens avec la vie locale.

9-7/ Les activités en rapport avec l'estime de soi :

Bien souvent, les résidents ne se sentent plus très utiles, ont des difficultés à accepter le vieillissement… Afin de leur permettre de conserver une bonne image d'eux-mêmes nous avons mis depuis peu une nouvelle animation au programme : L'atelier esthétique animé par l'AMP. De façon individuelle, il est proposé aux résidents des soins de manucure, du visage dans un cadre intime.

Le salon de coiffure au sein de l'établissement est mis à disposition des coiffeuses à domicile pour des rendez-vous détente facilement accessibles sans contrainte de déplacement, d'accompagnement.

Nous avons également instauré la remise d'une attention individuelle le jour de l'anniversaire au moment du petit déjeuner. De ce fait, le personnel souhaite au résident son anniversaire ce qui conforte la relation et le valorise.

9-8/ Les activités à visées thérapeutiques :

Actuellement deux activités sont programmées :

➢ **Le groupe « Fonctions Supérieures »** adressé à une dizaine de résidents ayant des MMS situés entre 18 et 24.
L'activité est animée par l'ergothérapeute dans une pièce calme une fois par semaine.
Les objectifs de ce groupe de travail sont le maintien et l'amélioration de la compréhension, de l'écriture et de la mémoire. Il permet une revalorisation de la personne, une reprise de confiance, une stimulation de la communication avec les autres résidents.

➢ **Le groupe « Conversation »** adressé à 6/8 résidents dont la mémoire plus atteinte (MMS entre 13 et 17).
L'activité est animée par l'ergothérapeute le mardi et le vendredi en fin de matinée dans un endroit calme.
Le 1er but de ce groupe est de travailler la mémoire épisodique de la personne âgée, mémoires des faits anciens de sa vie.
Ce travail thérapeutique est aussi l'occasion d'un important vécu de groupe : les personnes y communiquent. Le rappel des souvenirs est l'occasion de développer la sociabilité de la personne. Ce moment de rencontre permet au groupe de se repérer dans la semaine.

Après chaque activité à visée thérapeutique, l'animatrice remplit des comptes rendus individuels «de participation ». Ces constats permettent à l'équipe de prévoir des évolutions dans l'accompagnement des résidents.

LES AXES D'AMELIORATION POUR 2009-2014

Objectifs opérationnels
développer l'activité « mobilisation corporelle «
développer les activités en rapport avec l'estime de soi

Plan d'action
mettre en place une activité physique thérapeutique centré sur la prévention des chutes et de l'équilibre
Mettre en place : - une activité individuelle d'aide à l'écriture pour que les résidents puissent répondre à des courriers personnels afin de conserver des liens avec les familles, les amis. - une activité d'aide à la décoration des chambres : pour l'entretien des fleurs personnelles, pour modifier un aménagement de chambre selon les envies d'une personne … dans le but que la personne se sente plus chez elle.

10- PROJET SOCIAL

DEFINITION

Le projet social fait partie intégrante du projet d'établissement. Etabli dans le cadre d'une démarche participative, il constitue un outil fédérateur qui concerne l'ensemble des personnels.

Le projet social fixe, dans ses aspects les plus larges, la politique de gestion des ressources humaines de l'établissement.

Dans le respect et la reconnaissance mutuelle, le projet social et le plan de formation de l'établissement visent dans une démarche participative à :

- Définir une politique globale et administrative de gestion des Ressources Humaines
- Maintenir et renforcer le niveau de compétence et de qualification des agents
- Améliorer les conditions de travail

BILAN DE L'EXISTANT

Actuellement la politique sociale de l'établissement définie par le Conseil d'Administration et conduite par la Direction est organisée comme suit :

10-1/- Les responsabilités des différents acteurs :

Les responsabilités dans la gestion des ressources humaines sont clairement identifiées et connues au niveau de l'établissement :

- le service de gestion et de comptabilité établit les déclarations d'embauche auprès de l'URSSAF, de la médecine du travail, rédige les contrats de travail, réalise les déclarations obligatoires en matière de charges sociales, de caisse de prévoyance, d'accidents de travail, de déclaration de maladie, établit les bulletins de salaire
- Le cadre de santé en concertation avec le Directeur et le médecin coordonnateur si besoin, procède à l'élaboration ou la réactualisation des fiches métiers, définit le profil du candidat recherché et réalise les entretiens de recrutement.

- Les responsables des services concernés sont consultés et associés au recrutement.

De plus, une procédure de gestion des ressources humaines (définissant les procédures de recrutement et de gestion des dossiers du personnel) est formalisée et diffusée au personnel.

10-2/- La gestion administrative des professionnels assure la qualité et la confidentialité des informations individuelles :

Existence d'un dossier informatique pour gérer la paye et d'un dossier papier pour chaque agent. Ces dossiers sont mis à jour régulièrement.
La constitution et la gestion de ces dossiers sont formalisées dans la procédure de gestion des ressources humaines.

Le dossier informatique pour gérer la paye contient des informations nominatives et personnelles nécessaires (nom, N°SS, fonction, nature du contrat de travail…).

Le dossier individuel papier rassemble :
- les informations sur la situation de famille
- les informations antérieures à l'embauche : formations, emplois antérieurs, langues pratiquées
- les informations relatives au poste : contrat de travail et fiche métier
- les informations recueillies pendant la durée du contrat (CDD, CDI) : lettre de candidature, CV, les entretiens individuels, courriers adressés à la Direction, les formations suivies, les feuilles de demande de congés, les visites médicales, les arrêts de travail

L'original des pièces suivantes est demandé à tout nouvel embauché :

- la carte nationale d'identité et à défaut le titre autorisant l'exercice d'une profession salariée
- le livret de famille
- la carte de sécurité sociale
- le diplôme
- le permis de conduire (et déclaration sur l'honneur du nombre de points)
- pour les CDI : les certificats de travail et l'extrait du casier judiciaire n°3 (moins d'un mois)
- un RIB

Intégrité, confidentialité, sécurité du dossier (conditions de conservation et d'archivage) :
Les règles de gestion des dossiers du personnel ont été élaborées en concertation avec les personnels concernés :

Pour le dossier papier : le Directeur, le Cadre de Santé et la comptable ont accès à ces dossiers.
Pour le dossier informatique : accès réservé à la comptable qui a été formée à la gestion de la paye ainsi qu'au cabinet du commissaire aux comptes qui a accès en cas de nécessité.

Les dossiers du personnel sont conservés dans une armoire, réservée à cet effet et fermée à clé dans le bureau de la comptabilité.

Le dossier informatique est géré par un code d'accès connu uniquement par la comptable et le directeur.

10-3/- Le recrutement de l'ensemble des professionnels est organisé :

Le recrutement s'effectue dans une optique de qualité et dans le respect de la convention collective :

- en réalisant les profils de poste permettant un recrutement adapté aux besoins
- en embauchant sur des postes vacants des CDI disposant des qualifications requises et vérifiés
- en limitant les CDD aux remplacements nécessaires au bon fonctionnement de l'établissement et dans la mesure où ils ont donné satisfaction, leur accorder une priorité d'embauche en CDI en favorisant la mobilité interne en déclarant systématiquement au sein de l'institution les postes vacants

Le recrutement s'appuie sur des procédures diffusées et connues concernant :

- les modalités de recrutement
- l'organisation de la sélection
- les circuits de décision
- la vérification des conditions d'exercice des professionnels.

A partir des fiches métiers, le profil du candidat est élaboré et l'annonce d'offre d'emploi est rédigée afin de permettre un recrutement adapté au besoin. Un des objectifs est de finaliser les fiches métiers et les déroulés de la journée.

Des qualités humaines sont nécessaires à l'accompagnement des personnes âgées hébergées.
La direction demande donc, à chaque agent, d'adhérer aux valeurs s'inscrivant dans le respect des chartes : de la personne hospitalisée, de la personne âgée dépendante et charte des droits et libertés de la personne accueillie.

Lors du recrutement du personnel de l'Unité de Soins Spécifique (SCU), certaines « caractéristiques humaines » associées à une plus grande « tolérance » vis-à-vis des troubles du comportement, seront recherchées : patience, attention, empathie…de même que le souhait actif d'exercer dans ce type de structure.

10-4/ L'accueil et l'intégration des professionnels sont assurés :

8-41/ L'accueil

L'accueil des nouveaux agents est organisé :

-visite de l'établissement par le cadre de santé ou un membre de l'équipe,

- présentation des équipes,

- remise du livret d'accueil aux nouveaux embauchés depuis octobre 2008 dans le quel sont rappelées, notamment, les valeurs de l'institution, auxquelles chaque agent doit adhérer :

- ***LE RESPECT*** :

- au niveau relationnel avec les résidents et les collègues, adopter un vocabulaire adapté : mots courtois, ne pas interrompre la conversation
- au niveau du travail : respect du travail et des collègues en équipe et inter-service, de l'organisation, des consignes (ex : prise de note).
- au niveau des lieux et du matériel : respect des locaux, veiller à ne pas détériorer.
- au niveau de sa présentation : netteté dans la tenue vestimentaire, la coiffure, l'hygiène personnelle, ex : mains soignées.
- au niveau des horaires : exactitude/ heure du poste.
- au niveau de l'hygiène : veiller à ne pas transporter des microbes qui pourraient nuire aux résidents, personnel.
- face au vieillissement ou à l'handicap : respect de la dignité, prendre en compte les ressources des personnes, les accompagner dans leurs difficultés

- ***LA DISCRETION*** :

- ne pas divulguer des renseignements concernant les résidents
- respect du secret professionnel et de la confidentialité

- ***L'ESPRIT D'EQUIPE*** :

- trouver sa place dans l'équipe : développer l'esprit de concertation (écoute – échange)
- adopter l'entraide à travers des valeurs partagées en assumant ses responsabilités
- devenir autonome dans son travail : prendre des décisions
- adaptabilité

- ***ETRE POSITIF*** :

- développer de l'énergie et du courage,
- être tolérant, bienveillant, patient : ne pas porter de jugement /résidents, collègues
- prendre du recul face à des situations difficiles : savoir passer le relais à un autre membre de l'équipe
- être de bonne humeur : le plus possible et « aimable »

- ***DEVELOPPER DE L'HUMANITE*** :

- observer
- être disponible
-être à l'écoute
- être empathique pour le personnel soignant

L'organisation du travail repose sur un équilibre entre les droits des salariés et leurs devoirs. Le règlement intérieur des salariés, entré en vigueur à compter du 01/11/1992, précise et fixe des règles imposées à toute personne intervenant dans l'établissement. Il sera réactualisé avec la DUP.

8-4-2/- L'intégration

Un tutorat est mis en place dans les services et les IDE sont mis en doublure ainsi que le personnel de nuit. Les AS font journée discontinue.
De plus, en cuisine, un livret sur la méthode HACCP (avec une fiche d'émargement) est remis aux nouveaux agents ou stagiaires pour les sensibiliser aux exigences en matière de sécurité, d'hygiène, de contrôle et de la prévention du risque infectieux.

En vue des remplacements pour les congés d'été par les enfants majeurs du personnel, des stages d'observation ont été mis en place afin de faciliter leur intégration.
Dans les services, des protocoles et des procédures sont mis à disposition du personnel (dans les classeurs des services et sur le serveur informatique en documents partagés).
Un suivi ainsi qu'une évaluation sont réalisés par le cadre de santé et des réajustements sont faits si nécessaire.

10-5/-L'évaluation des professionnels est mise en œuvre :

Un entretien annuel entre l'encadrement et chaque agent sera réalisé et permettra :

- de fixer les objectifs annuels de chacun
- d'examiner si les objectifs de l'année précédente ont été atteints et dans la négative, d'en étudier les raisons afin de pouvoir y apporter des solutions
- de faire le point sur les points forts et les difficultés rencontrées
- d'écouter le salarié sur son ressenti et ses ambitions
- de définir des actions de formation

L'entretien individuel annuel a pour objectif de mettre en valeur la compétence du salarié et constituera une base de recueil des besoins en formation qui seront intégrés dans le plan de formation.
L'évaluation annuelle s'étendra à l'ensemble du personnel de l'établissement.

10-6/-La formation continue contribue à l'actualisation et à l'amélioration des compétences :

Création, en collaboration avec la DUP, d'un plan de formation annuel cohérent, entre les besoins des agents (y compris les contrats aidés), le budget et les objectifs de l'établissement en :

- identifiant les besoins,
- favorisant la promotion interne par le biais de formations qualifiantes par la validation de l'expérience et/ou des acquis professionnels (VAE/VAP),
- en utilisant les ressources internes pour des actions de formation. Ex :
    - gestes et postures avec le kinésithérapeute et l'ergothérapeute,
    - nutrition et diététique avec la diététicienne

Le plan de formation est élaboré avec la DUP : il est préparé en septembre, proposé au mois d'octobre (avec bilan des formations de l'année précédente et situation de l'année en cours), ce plan est ensuite approuvé par la DUP du mois de décembre puis affiché à partir du 1er janvier.

De plus pour les DIF (Droits Individuels à la Formation) : chaque agent est informé par une lettre en début d'année (le règlement du DIF a été approuvé par la DUP et une note d'information a été affichée pour le personnel).

Des formations sont priorisées et programmées pour l'année suivante (selon les besoins notés dans le projet d'établissement, les formations obligatoires et le budget retenu). Et un plan de formation pluriannuel sur 5 ans a été élaboré en concertation avec l'équipe.

La formation du personnel est véritablement une des nécessités des unités spécifiques Alzheimer et doit être continue.
Aussi, dans le cadre de notre projet de créer une Unité de Soins Spécifique, une formation du personnel soignant sur la maladie d'Alzheimer est inscrite sur 3 ans et débutera en septembre 2009.

10-7/ L'amélioration des conditions de travail et la prévention des risques professionnels font partie des objectifs de la politique des ressources humaines :

Une 1ère évaluation des risques professionnels a été réalisée, par un groupe pluridisciplinaire formé par un organisme l'APAVE, lors de l'élaboration du Document Unique en 2006.
En 2008, une 2ème évaluation a été réalisée par les membres du CHSCT et sera désormais annuelle.
A partir de l'évaluation des risques professionnels, un plan d'action permettant l'amélioration des conditions de travail est élaboré et suivi régulièrement en CHSCT.

Les aides apportées aux personnes âgées dans leur quotidien entrainent souvent des efforts physiques importants. Ces efforts peuvent avoir des répercutions sur l'organisme. L'établissement met à disposition des équipes soignantes et non soignantes, le matériel adapté en vue de soulager les efforts à fournir. Toutes les chambres sont individuelles et les lits sont à hauteur variable. Un lève-malade et une plateforme de pesée sont également utilisées par le personnel soignant.

Les travaux d'humanisation de 12 chambres débutés en avril 2009, rendront accessibles les chambres, jusque là accessibles uniquement par les escaliers, et permettront le passage d'un fauteuil roulant ou d'un fauteuil coquille.

Concernant les actions de prévention du risque infectieux définies, elles sont présentées au CLIN afin d'élaborer le programme annuel de prévention et de maîtrise du risque infectieux.

Pour les Accidents d'Exposition au Sang, les actions de prévention du risque infectieux sont également définies et programmées par le CHSCT et par le CLIN (ex : journée sur les AES organisée par l'EOH en juin 2008).
Une politique de prise en charge et de suivi des AES est en place (affiches, procédures formalisées, un Kit AES est à disposition dans les services).

La vaccination obligatoire des professionnels est suivie régulièrement par la médecine du travail. Chaque année, dans le cadre de la politique vaccinale, la Direction propose gracieusement, à tout le personnel, le vaccin antigrippal. Une campagne annuelle d'incitation à la vaccination est réalisée par les membres du CLIN et du CHSCT.

10-8/-Le dialogue social est organisé :

Depuis 2006, mise en place de la DUP (Délégation Unique du Personnel) et du CHSCT (Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail).
La DUP se réunit tous les mois et le CHSCT se réunit 4 fois par an conformément à la réglementation.
La DUP délibère sur :

- les conditions de travail
- la formation du personnel
- la vie de l'établissement (les travaux…).

Les comptes rendus de réunions du CA, du CVS et du CHSCT sont présentés à la DUP.

De plus, la DUP prend en compte les demandes du personnel et dispose d'un budget versé par la Direction afin de prendre en charge les œuvres sociales.

Des questionnaires de satisfaction du personnel ont été mis en place :

- pour la gestion documentaire
- pour les fonctions logistiques
- pour l'accueil des nouveaux embauchés et stagiaires (enquête mise en place à partir d'octobre 2008)

LES AXES D'AMELIORATION POUR 2009-2014

Objectifs opérationnels
évaluation annuelle de l'ensemble du personnel de l'établissement
former le personnel soignant afin de répondre au projet de créer une Unité de Soins Spécifique

Plan d'action
étendre l'évaluation annuelle à l'ensemble du personnel de l'établissement.
inscrire une formation du personnel soignant sur la maladie d'Alzheimer sur 3 ans

11- CONCLUSION

Ce document peut être amené à être modifié en fonction de la population accueillie, du législateur et de l'expérience acquise au fil des ans.

Le but de ce document est d'assurer un certain confort de vie en maintenant ou restituant un équilibre psychologique et physique et le plus d'autonomie possible.

Par ailleurs, nos objectifs visent également à accompagner au mieux les personnes dans le respect et la dignité, en s'appuyant toujours sur le principe qu'une personne âgée est un être avec une histoire, des émotions, des désirs et des attentes.

Associé à une démarche participative constante de l'ensemble du personnel et de la direction. Ce projet d'établissement est un engagement de qualité de la maison de retraite du Refuge Protestant.

NOS ENGAGEMENTS:

Ecouter les attentes de la personne âgée et de ses proches.
Evaluer les besoins de la personne âgée et de ses proches et vérifier l'adéquation de ses besoins avec les services offerts.
Informer le résident sur le projet d'établissement, les conditions de son séjour et les services offerts.
Respecter la liberté, la vie privée, l'intimité et la dignité du résident tout au long de son séjour.
Associer le résident et ses proches à la vie de l'établissement notamment grâce au Conseil de Vie Sociale.
Accompagner le résident et ses proches tout au long de son séjour.
Offrir un lieu de vie animé, confortable, convivial et sécurisant.
Assurer un suivi médical et la continuité de la prise en charge du résident grâce à la coordination des professionnels internes et des intervenants extérieurs.
Proposer une restauration de qualité satisfaisant les habitudes alimentaires du résident et les contraintes diététiques.
Assurer la transparence de fonctionnement de l'établissement
Développer des relations de complémentarité avec les acteurs médicaux et médico-sociaux du secteur.